اضطرابات التواصل



د/ نــائل محمد عبد الرحمن أخــرس
أســتاذ علم النفـس المشــارك
رئيس قسم التربية الخاصة جامعة الجوف

د/ عبد الرحمن سيد ســليمان
أستاذ ورئيس قسم التربية الخاصة سابقاً
جامعة عين شمس

د/ أحمد محمد جاد المولى
أستاذالتربية الخاصة المساعد
جامعة الجوف






اضطرابات التواصل





صدق الله العظيم

(البقرة، ٣٢)

تقديم

لعب الاهتمام باضطرابات التواصل دورا بارزا في زيادة الدراسة المكثفة والمتأنية لسلوكيات وعمليات التواصل، وتبدو أهمية دراسة التواصل في أنه أمر ضروري للبقاء الاجتماعي، فبدون اللغة والتواصل يعيش الفرد ككائن حي، لكنه يواجه صعوبة في البقاء كفرد اجتماعي، إذ أنه يحرم من التفاعل مع من حوله، ويصبح أسير عالم من الصمت المطبق والعزلة البغيضة، ونظرًا إلى تعقد المجتمعات المعاصرة، فقد أصبح مجالي اللغة والتواصل من الأهمية بمكان في تحقيق التقدم في الآداب والعلوم والفنون، ومن هنا جاءت فكرة هذا الكتاب بعنوان اضطرابات التواصل.

وجاء هذا الكتاب في اثني عشر فصلًا، عنون الفصل الأول بمدخل إلى دراسة التواصل؛ وتناول أهمية التواصل، ومفهومه، ومكونات عملية التواصل، وأنماطها، بينما تناول الفصل الثاني أجهزة الجسم المستخدمة في التواصل، حيث أشار إلى كل من الجهاز العصبي، والجهاز البصري، والجهاز السمعي، والجهاز التنفسي، والجهاز الصوتي، والجهاز النطقي، وتحدث الفصل الثالث عن العوامل المؤثرة في تطور عملية النطق، من حيث سلامة أعضاء النطق، والفروق الفردية والفروق بين الجنسين، والمثيرات الثقافية والبيئية، والحالة الاجتماعية – الاقتصادية للأسرة، وعلاقة الوالدين بالطفل، ومعامل ذكاء الطفل.

وتحدث الفصل الرابع عن اللغة من حيث مفهومها، ووظائفها وجوانبها ونظريات اكتسابها، أما الفصل الخامس فقد تحدث عن تطور نمو اللغة عند الأطفال، والمراحل التي يمرون بها، وجاء الفصل السادس ليناقش موضوع اضطرابات اللغة، من حيث التأخر اللغوي، وفقدان اللغة، وصعوبة القراءة، وصعوبة الكتابة، وصعوبة التذكر والتعبير، وصعوبة فهم الكلمات والجمل، وقصور اللغة، بينما تناول الفصل السابع اضطرابات النطق من حيث مفهومها وخصائصها وأسبابها ومظاهرها وعلاجها، وتناول الفصل الثامن اضطرابات الصوت من حيث مفهومها وخصائصها وتصنيفها والعوامل المسببة، وأُفرد الفصل التاسع للحديث عن

اضطرابات الكلام من حيث مفهومها وتصنيفها ومظاهرها، كما أُفرد الفصل العاشر للحديث عن اضطرابات الإيقاع من حيث مفهومها وتصنيفها، وأُفرد الفصل الحادي عشر للحديث عن اضطرابات التواصل العصبية من حيث مفهومها وأنماطها والتدخلات التربوية والعلاجية.

هذا وتميز الفصل الأخير في تناول اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث تناول اضطرابات التواصل لدى كل من الطلبة ذوي صعوبات التعلم، والطلبة ذوي الإعاقة العقلية، والطلبة ذوي الاضطرابات السلوكية الانفعالية، والطلبة ذوي الصمم، والطلبة ذوي ضعف السمع، والطلبة ذوي كف البصر، والطلبة ذوي ضعف البصر، والطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد، والطلبة ذوي اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، والطلبة ذوي الإعاقة الجسمية والصحية، والطلبة ذوي التفوق والموهبة والابتكار، والطلبة ذوي الإعاقات المزدوجة، والطلبة ذوي الإعاقات المتعددة، والطلبة ذوي الإعاقات والاضطرابات الأخرى.

ونحن إذ نقدم هذا الكتاب لنأمل أن يضيف للمكتبة العربية أحد المراجع الهامة في هذا المجال، وأن يستفيد منه القارئ الكريم.

والله من وراء القصد.

المؤلفون

فهرس المحتويات

الفصل الأول

مدخل إلى دراسة التواصل

تمهيد

أولا: أهمية التواصل

ثانيا: مفهوم التواصل

ثالثا: مكونات عملية التواصل

رابعا: أنماط عملية التواصل

خامسا: مستويات التواصل



الفصل الأول

مدخل إلى دراسة التواصل

تمهيد:

بادئ ذي بدء، يمكن القول أن الدراسة العلمية المنظمة لعملية التواصل الإنساني حديثة نسبيا، وأن واقع الأمر يفرض القول بأن الاهتمام باضطرابات التواصل قد لعب دورا بارزا في زيادة الدراسة المكثفة والمتأنية لسلوكيات وعمليات التواصل.

وتبدو أهمية دراسة التواصل في أنه أمر ضروري للبقاء الاجتماعي، وخصوصا في المجتمعات الحديثة، فبدون اللغة والتواصل يعيش الفرد ككائن حي، لكنه يواجه صعوبة في البقاء كفرد اجتماعي، إذ أنه يحرم من التفاعل مع من حوله، ويصبح أسير عالم من الصمت المطبق والعزلة البغيضة.

ونظرا لأن المجتمعات – مع مطلع القرن الحادي والعشرين – قد أصبحت أكثر تعقيدا، وتنظيما، وتداخلا، أصبح التواصل الفعال هو هدفها الأساسي. وذلك لما للغة والتواصل من أهمية كبرى في تحقيق المهارات البشرية العليا في مجالات من قبيل الآداب، والعلوم، والفنون. والأمر الأكثر أهمية هو أن اللغة والتواصل أصبحا ذات أهمية قصوى في النجاح المهني، لاسيما أن المهن قد تطورت وتعقدت وتشعبت إلى حد كبير.

لقد شهد مجال التواصل طفرة ملحوظة من حيث وضع النظريات، والبحوث التي أجريت حوله، حتى أصبح هناك أكثر من عشرين تخصصا علميا في بعض جوانب التواصل، والتفاعل الإنساني، فالعلوم الاجتماعية تحتضن الاهتمامات الشاملة لدراسة التواصل البشري: فعلماء الأنثروبولوجيا يعّرفون الثقافة على أنها تواصل، وأصحاب علم النفس الاجتماعي يحددون العلاقات بين نشاط الفرد والجماعة على أنها عملية تواصلية، وعلماء اللغة يصفون بحوثهم في بنيوية اللغة على أنها جانب من علم التواصل، ثم أن دراسات الفلسفة، والسيبرنطيقا، وعلم النفس، والاجتماع، والعلوم السياسية، وعلوم الإدارة، والتسويق، والاقتصاد، والإعلام... وغيرها كثير، إنما تنصب دراساتهم على جوهر عملية التواصل. حتى علماء البيولوجيا، ومهندسي الاتصالات، وأصحاب

نظرية المعلومات، ونظرية النظم، تتركز أيضا بحوثهم ودراساتهم حول التواصل البشري، ومن الواضح إذن أن ما يعرف بـ "علم التواصل الإنساني" ليس على الإطلاق نظام علمي واحد (بشير الرشيدي وآخرون، ٢٠٠٠: ١٢٣).

ونظرًا إلى تعقد المجتمعات المعاصرة، فقد أصبح مجالي اللغة والتواصل من الأهمية بمكان في تحقيق التقدم في الآداب والعلوم والفنون، وأساس للنجاح المهني، وأضفت التكنولوجيا الحديثة معنى جديدا للتواصل في ظل ثورة المعلومات، وسرعة تدفقها وتبادلها، واتساع وسائل نقلها وتخزينها، واسترجاعها بمساعدة الحاسب الآلي، وشبكات المعلومات المحلية والعالمية، وأصبحت هناك برامج تعليمية للتواصل مع ذوي الإعاقات السمعية والبصرية، جعلتهم أكثر فاعلية في التواصل مع المجتمع، والوقوف على المعلومات، والتفاعل الاجتماعي بصورة أكثر من ذي قبل (إيهاب البيلاوي، ٢٠٠٥)

أولا: أهمية التواصل

يتواصل الناس فيما بينهم عن الحاضر، كما تفعل المخلوقات الأخرى، ولكن استخدام اللغة وتعقدها، وقدرة الإنسان العقلية تسمح له بالتواصل في قضايا الماضي والمستقبل أيضا، والتواصل الإنساني لا يخضع للزمان، كما أنه ليس محددا بهنا والآن. كذلك يتميز التواصل الإنساني بعدم تقيده ومحدوديته بقضايا مادية، إنه يشمل أيضا مفاهيم مجددة، حيث يستطيع الإنسان التواصل مع الآخرين بدون تغيير الأشياء المادية الفيزيائية في كثير من الأحيان، كما أنه يستطيع تغيير الجوانب المعرفية للآخرين أيضا. إن التواصل الإنساني في النهاية قدرة إنسانية هائلة قلما شغلت الإنسان، إلا إذا فقدها أو أصابها خلل أو تأخرت في النمو (القريوتي والسرطاوي والصمادي، ٢٠٠١: ٣٧٩)، ومع أن استخدام الكلام واللغة هو المقصود بالتواصل بالشكل المحدد، إلا أن لدى الإنسان أيضا نماذج مختلفة من التواصل غير اللفظي كالإيماءات وحركات الجسم المختلفة التي تعبر عما يريد الإنسان إيصاله للآخرين، ولكن أغلب التواصل الإنساني يستخدم فيه الكلام واللغة.

ويتطلب التواصل، باستخدام الكلام واللغة، إرسال رسائل لفظية مفهومة واستقبال هذه الرسائل وفهمها، ولذلك، نجد أن التواصل يحتاج دائما إلى مرسل ومستقبل، فاللغة تعبر عن التواصل بالأفكار والحاجات والمشاعر من خلال نظام رموز عشوائي يستخدم ضمن قواعد محددة، أما الكلام فإنه الترجمة الحركية للرموز اللغوية الموجودة في الدماغ، إنه الوسيلة الشائعة التي يتم بها إخراج الأصوات (القريوتي والسرطاوي والصمادي، ٢٠٠١: ٣٨٠).

ثانيا: مفهوم التواصل:

ويمكن الإشارة إلى مفهوم التواصل من خلال رؤية رباعية الأبعاد كما يلي:

البعد الأول – التواصل كمفهوم لغوي:

في اللغة العربية، وعلى سبيل المثال، في القاموس المحيط: اشتقت كلمة "تواصل" من الفعل وصل الشيء بالشيء وصلا وصلة، أي بلغه وانتهى إليه ولم ينقطع وفي المعجم الوسيط، جاءت كلمة " تواصل " في باب " أوصله " الشيء – أنهاه، وأبلغه إياه، "وتوصل إلى الشيء " انتهى إليه وبلغه. وفي مختار الصحاح (١٩٩٩) وردت كلمة " تواصل " مشتقة من الفعل " وصل "، ووصل إلى الشيء " وصولا " أي بلغه (ابن منظور، ب. ت).

وفي اللغة الإنجليزية، اشتقت كلمة " تواصل " من الفعل اللاتيني Communis، ويشمل التواصل كافة الأساليب والطرق التي يؤثر بموجبها عقل في عقل آخر باستعمال الرموز (عاطف العبد، ١٩٩٣). ويعرف "وولمان" Wolman, 1989)) التواصل بأنه انتقال أو استقبال الإشارات، أو الرسائل بين الأشخاص. وفي قاموس "وارين" Waren فإن التواصل هو نقل انطباع أو تأثير من منطقة إلى أخرى، دون النقل الفعلي لمادة ما، وقد يشير إلى نقل انطباعات من البيئة إلى الكائن، أو من فرد إلى آخر.

البعد الثاني – التواصل كمفهوم نفسي:

وهو المضمون الذي يمكن أن نستنبطه من خلال استعراض تعريفات سابقة للتواصل، وذلك على النحو التالي:

عرفه "عادل الأشول" (١٩٨٧: ١٩٥) بأنه نوع من التفاعل المتبادل، حيث يكون سلوك فرد ما بمثابة مثير لسلوك فرد أخر، ففي مثل هذا النظام نجد أن الرموز تشير إلى محتويات الفكر.

وعرفه "جابر وكفافي" (١٩٨٩: ٦٧٠ - ٦٧١) بصفة عامة على أنه نقل شيء من موقع إلى آخر، والشيء المنقول قد يكون رسالة أو إشارة أو معنى... الخ ولكي يتم التواصل لابد أن يكون هناك مرسل ومستقبل، وأن يشتركا في شفرة واحدة، بحيث أن المعنى أو المعلومات التي تحتويها الرسالة تفسر دون خطأ. ولقد أثبتت نظريات التواصل من هذا المنظور العام فائدتها في علم النفس في تنمية وتطوير نماذج التفاعل البينشخصي، وفي عمليات التذكر، والوظائف الفسيولوجية، واللغة... الخ، وأنه قد يقصد البعض بالتواصل الرسالة أو البيانات والمعلومات المنقولة فعلا، وأن هناك ميل من جانب بعض الكتاب لاستخدام التواصل كمرادف للغة، وهذا خطأ، ويعرف "كمال دسوقي " (١٩٩٠: ٢٧١) التواصل بأنه إرسال الانفعالات، والاتجاهات، والأفكار، والأفعال، من شخص إلى آخر، وعن طريق التواصل تنقل عادات الفعل، والتفكير، والشعور من الكبار إلى الصغار.

ويرى " هشام مخيمر " (١٩٩٠: ٥٨) أن التواصل ليس عملية أحادية مفردة، بل هو عملية مركبة من عدة عمليات تتفاعل في مجال موقفي دينامي. ويشتمل على ثلاثة عناصر أساسية: الموصل - المتلقي - الرسائل اللفظية وغير اللفظية، ولكل من هذه العناصر السابقة دوره في العملية ككل، ويعرفه " فتحي عبد الرحيم " (١٩٩٠: ٣٢٧) على " انه طريقة أو أسلوب لتبادل المعلومات بين الأفراد. فالمعلومات يمكن إرسالها، كما يمكن استقبالها، بطرق عديدة تتراوح ما بين الكلمة المنطوقة إلى الكلمة المكتوبة، إلى ابتسامة الصداقة والمودة، إلى حركات اليدين، إلى تعبيرات الوجه. وما إلى ذلك.

ويرى " محمد سيد خليل " (١٩٩١: ٣٨ - ٣٩) أن عملية الاتصال (التواصل) بمثابة الحوار الذي يدور بين شخصين، وعملية التفاعل القائمة بين فردين، أو فرد وجماعة، أو جماعتين، والتي يتم فيها نوع التأثير المتبادل من خلال نقل وتبادل الآراء

والأفكار والمعتقدات، وذلك في إطار نسق اجتماعي معين. فلو نظرنا - مثلا - إلى موقف الحوار مع الآخرين لكي نجعله حوارا فعالا ومفيدا علينا أن نضع في ذهننا ثلاثة اعتبارات هي:

الأول: أن تكون الرسالة التي نود نقلها إلى طرف آخر واضحة ومفهومة.

الثاني: أن نستقبل ونفهم الرسالة التي ينقلها إلينا الطرف الآخر.

الثالث: أن نمارس نوعا من الضبط، والتنظيم لمجرى أو مسار التواصل.

ويعرف "محروس الشناوي" (١٩٩٦) التواصل على أنه عملية متبادلة بين شخصين على الأقل، أحدهما مرسل والآخر مستقبل، ولا يقصد بالتواصل الكلام الموجه لشخص آخر، أو الكلام مع شخص أخر، وإنما هو عملية يجب أن تسير في كلا الاتجاهين، وأن الموضوع الذي يجري توصيله هو الذي يفهمه المستقبل، أما الذي لم يفهمه فإنه لم يتم توصيله.

ويذكر كل من " جمال الخطيب ومنى الحديدي " (١٩٩٧: ٣١٥ - ٣١٦) أن مصطلح التواصل يستخدم للإشارة إلى عملية التفاعل بين الأفراد التي تهدف إلى تبادل المعلومات والأفكار والتعبير عن الحاجات والرغبات، والتواصل لا يحدث بدون مرسل للمعلومات ومستقبل لها، وقد يكون التواصل لفظيا أو غير لفظي من خلال الإيماءات، أو الصور، أو اللغة المكتوبة، أو لغة الإشارة، أو أية طرق أخرى. وهكذا فالتواصل لا يتطلب بالضرورة استخدام الكلمات المنطوقة، فالطفل يبكي فتستجيب أمه له وتلبي حاجته، ويبتسم الأب لطفله عندما يفعل سلوكا حسنا، فيدرك الطفل أن سلوكه يحظى بالقبول.

ويعرف " جمال الخطيب " (١٩٩٨) التواصل بأنه " عملية تبادل الأفكار والمعلومات، وهو عملية نشطة تشتمل على استقبال الرسائل وتفسيرها، وينبغي على كل من المرسل والمستقبل أن ينتبه إلى حاجات الطرف الآخر، لكي يتم توصيل الرسائل بفاعلية، وبالمعنى الحقيقي المقصود منها.

ويذكر " فوريستر " (Forrester, 1996: 1) أن التواصل هو عملية يتم فيها تبادل المعلومات مع الآخرين، متضمنة القدرة على إنتاج الرسائل وفهمها، وأن التواصل

يتضمن نقل كل أنواع الرسائل، ويتضمن كذلك المعلومات المرتبطة بالحاجات، والمشاعر، والرغبات، والإدراك، والأفكار، والمعرفة، والتواصل يظهر في أشكال كثيرة، كالتواصل اللفظي الذي يعتمد على الكلمات، والتواصل غير اللفظي الذي يتضمن تبادل الأفكار والآراء والمشاعر بين الأفراد بشتى الوسائل والأساليب غير اللفظية كالإشارات والإيماءات، وتعبيرات الوجه، وحركات اليدين، والتعبيرات الانفعالية، ولغة الجسد، كما أن التواصل هو عملية نقل، أو تبادل المعلومات بهدف تحقيق التواصل الاجتماعي بين الأفراد والمحافظة عليه، وكذلك نقل وتبادل المعلومات، للنجاح في إحداث عملية الفهم.

والتواصل هو تلك العملية التي تتضمن تبادل الأفكار والآراء والمشاعر بين الأفراد بشتى الوسائل والأساليب مثل الإشارات، والإيماءات، وتعبيرات الوجه، وحركات اليدين، والتعبيرات الانفعالية، واللغة. وتعد اللغة المنطوقة (الكلام) أحد أشكال التواصل التي تتيح للفرد نقل المعلومات بصورة دقيقة، ومفصلة (عبد العزيز الشخص، ١٩٩٧: ١٨)، ويذكر " ليرنر " (Lerner , 2000) أن التواصل عملية يتم عن طريقها تبادل المعلومات والأفكار والعواطف والمشاعر والآراء بين الأفراد بعضهم مع بعض وذلك من خلال الكلمة المنطوقة أو الكلمة المكتوبة، وتعبيرات الوجه، وما إلى ذلك من حركات مصاحبة مثل حركات اليدين والرأس والجسد، واكتساب الأطفال لمهارات التواصل يمكنهم من ممارسة حياتهم اليومية بنجاح، إذ يتفاعلون مع الأقران والمعلمين وغيرهم، فيعبرون عن رغباتهم بطرق اجتماعية مقبولة، ويحلون مشكلاتهم الاجتماعية وفق أخلاقيات المجتمع الذي يعيشون فيه.

ويذكر " كمال سيسالم " (٢٠٠٢: ٨٧) أن التواصل يحتوي على عمليتين أساسيتين هما الإرسال والاستقبال، فالإرسال هو القدرة على التعبير عن الأفكار بكلمات وألفاظ مناسبة يفهمها المستمع، أما الاستقبال فهو القدرة على فهم المعلومات التي نتلقاها أو نسمعها من الآخرين، ومن هنا فالتواصل السليم يعتمد أساسا على كل من لغة الفرد وكلامه، وإذا حدث اضطراب لدى الفرد في واحدة منهما أو في الاثنين معا أدى إلى اضطراب في التواصل.

ويعرف " إيهاب الببلاوي " (٢٠٠٦ : ١٦) التواصل بأنه تلك العملية التي تتضمن تبادل المعلومات والمشاعر والأفكار والمعتقدات بين أفراد من بني البشر. ويتضمن التواصل كل من الوسائل اللفظية (اللغة المنطوقة والمسموعة والمكتوبة). والوسائل غير اللفظية (كلغة الإشارة، وتهجئة الأصابع، وقراءة الشفاه التي يستخدمها الصم، ولغة برايل التي يستخدمها المكفوفون، وكذلك الإيماءات، وتعبيرات الوجه، ولغة العيون، وحركات اليدين والرجلين.. وغيرها)، ولذلك يعد التواصل أعم وأشمل من اللغة والكلام والنطق. ويعرفه " عبد العزيز سليم" (٢٠١١ : ١٩) بأنه أي تفاعل لنقل المعلومات، وتبادلها بين كل شخصين أو أكثر، فبكاء الطفل واستجابة الأم له بإعطائه الطعام، ونباح الكلب واستجابة صاحبه له بفتح الباب له، وابتسامة المعلم ومعرفة التلميذ أن ذلك علامة على الرضا والاستحسان، كل هذه الأمثلة من التواصل تتطلب وجود رسالة، ومرسل، ومستقل، وليس من الضروري وجود كلام أو كتابة كلمات لاستخدامها في التواصل، بل يمكن التواصل بدون كلمات، فالتواصل لا يقتصر على اللغة المكتوبة أو المقروءة.

البعد الثالث – التواصل كمفهوم اجتماعي:

يعرف بعض الباحثين التواصل على أنه " العملية التي يتفاعل بها المرسلون والمستقبلون للرسائل في سياقات اجتماعية معينة " (بشير الرشيدي وآخرون ٢٠٠٠ : ١٢٥)، ويرى كل من " القريوتي والسرطاوي والصمادي " (٢٠٠١ : ٣٧٩) أن التواصل بمفهومه العام يعني ذلك النشاط الذي يتضمن إرسال واستقبال ما تريده الكائنات الحية بعضها من بعض وأنه الوسيلة التي يتم بها التعبير عن الحاجات والرغبات وإبلاغ المعلومات لجلب المنافع واتقاء الأخطار، وبهذا المعنى، فالتواصل فعل يقوم به كل كائن حي، ثم ينقلون عن " Boone , 1987 " أن التواصل بمعناه المحدد، يقصد به استخدام الكلام كرموز لغوية للتعبير عن الحاجات والأفكار والمشاعر بين الناس، ولذلك فهو سلوك إنساني من درجة راقية، ذلك أنه يميز الإنسان عن باقي المخلوقات باستخدام الكلام واللغة، وبذلك فإن التواصل مهم للإنسان، وضروري من أجل التفاعل الاجتماعي.

كما يعرف كل من " حسن شحاته وزينب النجار " (٢٠٠٣ : ١٥٩) التواصل بأنه عملية تبادل الأفكار والآراء والمشاعر بين الأفراد من خلال نظام مشترك ومتعارف عليه من العادات والتقاليد، والرموز اللغوية، وهو علاقة اجتماعية بين الأفراد تستخدم فيها اللغة القومية في إطار مجموعة من المعايير والقواعد لإنجاز أهداف وأنشطة مقصودة، ويذكر " أحمد الزعبي " (٢٠٠٣ : ٢٩٩) أن التواصل يعني بمفهومه العام نشاطا يتضمن إرسال الكائنات الحية واستقبال ما تريده إلى بعضها البعض للتعبير عن حاجاتها، وأما التواصل الإنساني فهو قدرة إنسانية كبيرة راقية تتضمن استقبال اللغة كرموز للتعبير عن الحاجات والأفكار والمشاعر من أجل التفاعل الاجتماعي.

وبالنظر إلى طبيعة التواصل كمفهوم اجتماعي، فإنه بإمكان المرء أن يراه من هذا البعد الثالث على أنه عملية يفترض فيها أن مكونات التفاعل مكونات دينامية، وليست ساكنة في طبيعتها. وأنه لا يمكن اعتبارها عناصر غير متغيرة من حيث الزمان والمكان، ويعني التركيز على التفاعل في تحديد طبيعة التواصل. وفي هذا الصدد يذكر " الرشيدي وزملاؤه " (٢٠٠٠ : ١٢٦) " أنه لا يمكننا أن نفهم جانبا واحدا من التواصل بمعزل عن المكونات الأخرى للسلوك، كما أن التغير في جانب من جوانب العملية التواصلية قد يؤدي إلى تعديل في التواصل ككل".

وما دامت هذه التغيرات المتواترة تتضمن استجابات المرسل والمستقبل على حد سواء، فلا يمكن اعتبار مبدأ التفاعل على أنه عملية نقل من جانب واحد؛ فالتفاعل هو بالدرجة الأولى عملية تبادلية في طبيعتها، أو تبادل مشترك للمؤثرات المتراكبة، أو هو " توجه متلازم " Co- Orientation لكل شخص متواصل مع الأشخاص الآخرين، ونحو موضوع تفاعلهم الاتصالي. أما الرسائل كوسيط للتواصل فتتألف من أي متغير تواصلي – كالمعلومات مثلا – يعمل على وصل للتفاعل بين الأشخاص المتواصلين، بما يؤثر في استجابات كل هؤلاء الأشخاص المشتركين في التواصل، وعلى هذا النحو أيضا يمكن النظر إلى السياق الاجتماعي وظيفيا على أنه جانب متكامل من التفاعل، بدلا من اعتباره موقعا أو مكانا يحدث فيه التواصل.

البعد الرابع – التواصل كمفهوم متعدد الجوانب:

يذكر عديد من الباحثين أن من الضروري أن يقوم مفهوم التواصل على تصور شامل يضع في الاعتبار كل المحددات المتعلقة بالفرد والجماعة في عمل تواصلي معين، وأن ذلك يستلزم تناول التواصل في إطار يتضمن جوانب متعددة هي:

١- التواصل كنظام للسلوك: حيث يقدم مدخل النظم إطارا مرجعيا ينظم مكونات العمل التواصلي، وقد تقوم أنظمة أو نماذج التواصل على تصور رياضي يصف التواصل على أساس مضاهاته بالعمليات التي تجري في آلة معالجة المعلومات Information Processing Machine فالعمل أو الحدث التواصلي يتضمن مصدرا، أو شخصا مرسلا ينقل إشارة أو رسالة خلال قناة إلى المكان المقصود أو الشخص المستقبل، ولكن في العلم الاجتماعي، تهتم معظم نماذج التواصل بتضمين وظائف أكثر من وظائف الإرسال – النقل – الاستقبال، لذلك تضع في الاعتبار عوامل مثل طبيعة التفاعل، والاستجابة للرسالة، والسياق الذي يحدث فيه التفاعل.

٢- التواصل نشاط قائم على ترجمة الرسالة إلى رموز، أو إشارات يجري نقلها للآخرين، ثم ترجمة الرموز أو الإشارات المنقولة في شكل رسالة – Encoding Decoding ويهتم بهذا الجانب بصفة خاصة معظم النماذج أو النظم "الاجتماعية" للتواصل.

٣- التواصل كتفاعل هو عملية ربط linkage process بين المرسلين والمستقبلين للرسائل، وفي هذه العملية تتضافر عوامل ومتغيرات كثيرة.

٤- أما السياق الاجتماعي Social Context الذي يتواتر فيه التواصل، فيشير إلى تلك القوى التي تؤثر في التواصل في موقف معين، وإلى تحكم تدفق المعلومات ونماذج التأثير من جماعة مرجعية إلى جماعة مرجعية أخرى، ومن ثقافة فرعية إلى ثقافة فرعية أخرى.

والخلاصة هي أن مفهوم التواصل، سواء نظرنا إليه من زاوية لغوية أو نفسية، أو اجتماعية، أو كمفهوم متعدد الجوانب، وما إلى ذلك من زوايا الرؤية فإنه يظل على الدوام:

- عملية تفاعل اجتماعي بين الناس.
- عملية نقل معلومات، ومشاعر، وأفكار ومعتقدات بين طرفين.
- عملية تتضمن طرفين هما المرسل والمستقبل وبينهما رسالة.
- عملية لا تتم ما لم تتم ترجمة رموز الرسالة المنقولة ترجمة سليمة يدركها المستقبل.
- أنه في حال عدم قدرة المرسل على التعبير عن رموز الرسالة، أو عدم فهم المستقبل لرموز الرسالة، فإنه حينئذ يمكن الحديث عن اضطراب عملية التواصل.

وعلى الجانب الآخر، يمكن القول أن المتتبع لتعريفات التواصل، بصرف النظر عن زاوية الرؤية أو المنطلق الذي ينتمي إليه التعريف، يمكنه الخروج بالاستنتاجات التالية:

- أن قدرة الإنسان على الانطلاق والحركة وتعدد نشاطاته تبدو أكثر وضوحا وأهمية في مقدرته على التواصل، وفي ذلك يقول الفيلسوف الاجتماعي الأمريكي " جورج هربرت ميد " أن أهمية ما نطلق عليه مصطلح "تواصل" تكمن في الحقيقة بأن التواصل يوفر نوعا من السلوك الذي قد يصبح فيه الفرد " موضوعا لنفسه "، فحينما لا يسمع الفرد نفسه فحسب، ولكن يستجيب أيضا لنفسه، وحينما يتحدث إلى نفسه، ويجيب عنها مثلما يجيب عنه الشخص الآخر – في هذه الحال يكون قد تكون لدى الفرد سلوك يصبح فيه موضوعا لنفسه " ومن الطبيعي أن يكون موضوعه لنفسه هو الأنا، أو الذات، أو الهوية التي يتميز بها في تواصله مع الآخرين (بشير الرشيدي وآخرون، ٢٠٠٠: ١٢٥)
- أن التواصل الإنساني أكثر تعقيدا من ذلك التواصل الذي يحدث بين الكائنات الحية الأخرى، ذلك أن الإنسان إلى جانب انه يستطيع أن يتواصل بدون لغة باستخدام الرموز والإشارات، فإن بمقدوره أيضا أن يتواصل من خلال اللغة المنطوقة، ومع هذا فإن اللغة اللفظية تظل هي الوسيلة الأساسية للتواصل، ويبدأ

الإنسان في استخدام طرق جديدة، ووفيرة، ومبتكرة للتواصل من خلال ميكانيزمات عصبية فسيولوجية معقدة، تلك الميكانيزمات مرنة، وتشتمل على ميكانيزمات التنفس، والصوت، والمخ، والأعصاب المحيطة، والتي بدونها يكون من غير الممكن ظهور اللغة اللفظية.

- أن التواصل الإنساني عبارة عن تفاعل اجتماعي بين الناس، ومن هذا المنطلق، يصبح التواصل حدث اجتماعي غالبا ما يؤثر في الآخرين، ولذلك من الممكن تعريفه بأنه أحد أشكال السلوك الاجتماعي.
- أنه من الممكن أن نجد التواصل الاجتماعي في أغلب الأحوال، إن لم يكن في جميع الأحوال، بين كائنات حية، فالحيوانات بكل أنواعها تتواصل مع بعضها البعض، وإن كنا نجد أن تواصل الحيوانات في الغالب مميز ومفيد لأنه يخدم الحاجة إلى البقاء، ولنضرب مثلا لذلك، فالنحلة تتحرك بأشكال مختلفة لتنقل إلى باقي النحل معلومات عن مسافة واتجاه وجود الرحيق، وجودته، وكميته، وأغلب الحيوانات التي تعيش في قطعان، حينما تكتشف خطر ما، فإنها تحاول جاهدة أن تحذر باقي أفراد القطيع، إما من خلال الصوت، أو الإيماءة، أو بأي طريقة أخرى.

ثالثا: مكونات عملية التواصل:

تتواتر الإشارة في كتب اضطرابات النطق والكلام واللغة وفي غيرها إلى أن عملية التواصل تتكون من عدة مكونات، وبالاطلاع على هذه المكونات في كتابات عديدة سابقة اتضح أنها في صورتها الإجمالية تتكون من سبعة مكونات يمكن الإشارة إليها بشيء من التفصل على النحو التالي:

الأول– المرسل Sender

وهو الطرف الذي يقوم بإرسال رسالة إلى طرف آخر، وهذا الطرف الآخر يمكن أن يكون فردا أو جماعة؛ فالمرسل يرسل رسالة إلى المستقبل، وتتطلب الرسالة – بداية لكي تكون مؤثرة – محتوى أو مضمونا Content تشير إليه وهذا المضمون يمكن للمستقبل فهمه، وقد يكون كلاما أو يمكن تحويله إلى كلام.

الثاني: المستقبل: Receiver

وهو الذي يستقبل الرسالة المرسلة إليه من المرسل، وقد يكون المستقبل فرد واحد، أو جماعة من الأفراد وفي عملية التواصل الفعال، يلعب كل طرف دورا ثنائيا كمرسل ومستقبل في نفس الوقت.

الثالث: الترميز: Encoding

وتتمثل في استخدام رموز أو شفرات تعبر عن المعاني، أو الأفكار المطلوب إرسالها للطرف الآخر، أي المستقبل، وقد تكون الرموز: كلمات أو إشارات، أو حركات بالجسم وما إلى ذلك.

الرابع: الرسالة: Message

وهي ما يهدف المرسل إلى إرساله للطرف الآخر، أي المستقبل، وهي نتاج عملية الترميز للتعبير عن الأفكار أو المعاني المرغوب في نقلها للمستقبل، والرسالة قد تكون شفهية أو مكتوبة، أو قد تكون في شكل حركات الجسم أو الإشارات. ومن ثم تتطلب الرسالة عملية اتفاق وتنظيم مسبق على مدلولات الألفاظ والرموز بين المرسل والمستقبل.

الخامس – الوسيلة Channel

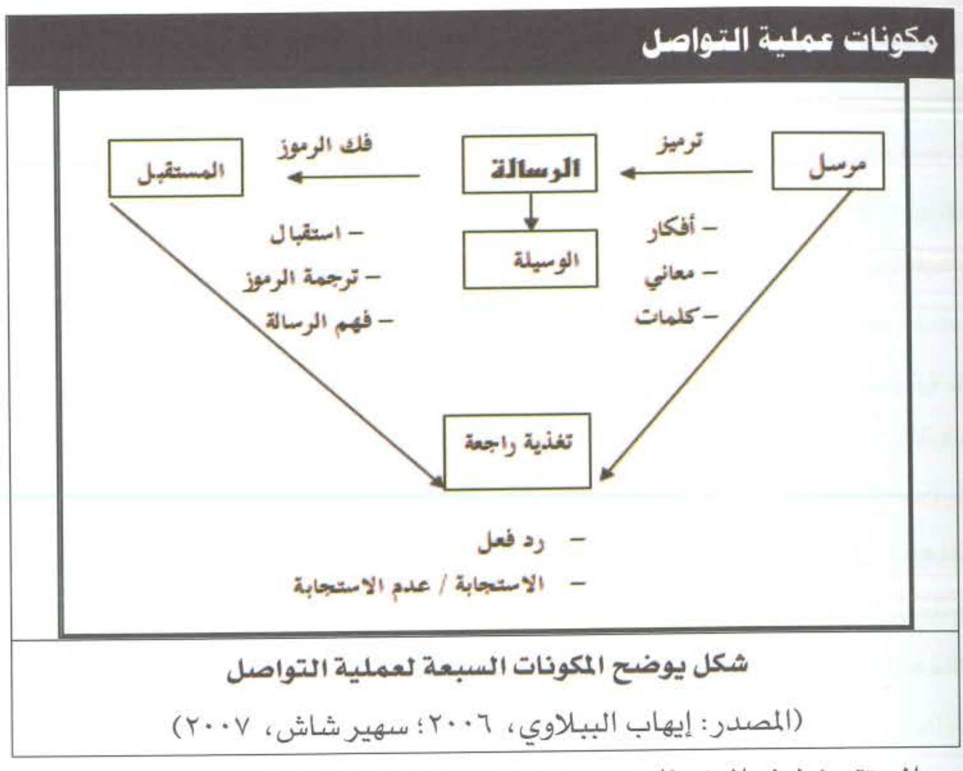
وتتمثل في القناة التي يتم من خلالها نقل الرسالة إلى المستقبل أثناء عملية التواصل. وهناك أنواع مختلفة من هذه الوسائل: كالكلام، والمحادثة المباشرة، المذكرات المكتوبة، ذبذبات الهواء... وما إلى ذلك من وسائل، وبهذا الشكل يمكن للتواصل أن يستمر مع ملاحظة أن الرسالة الكلامية الواحدة يمكن أن تؤدي عدة وظائف في الوقت نفسه.

السادس – فك الرموز Decoding

والتي يقوم بها الطرف الآخر الذي استقبل الرسالة، وذلك لتفسير ما ورد في الرسالة وتفهمه. ويتوقف التفسير والفهم من جانب المستقبل على عوامل عديدة منها: صحته العضوية والجسمية والنفسية، ومستوى تعليمه، وخبراته، واتجاهاته، ودوافعه.

السابع –التغذية الراجعة Feedback

وتعكس رد فعل المستقبل، واستجابته أو عدم استجابته للرسالة، وقد تكون هذه الاستجابة لفظية أو غير لفظية، والشكل التالي يلخص المكونات السبعة لعملية التواصل:



شكل يوضح المكونات السبعة لعملية التواصل

(المصدر: إيهاب الببلاوي، ٢٠٠٦؛ سهير شاش، ٢٠٠٧)

والمستقرئ لهذه المكونات، يمكنه تسجيل النقاط التالية:

الأولى: أنه يمكن التعرف على مكونات عملية التواصل إلى حد ما من خلال المثال التالي: عندما يقابل أحمد صديقه في الطريق، ويقول له " السلام عليكم " يصبح أحمد في هذه الحال هو المرسل وعبارة " السلام عليكم " هي الرسالة، وصديقه هو المستقبل. ولكننا عندما نتعمق في تفصيلات هذا الحدث، فإنه تظهر في البداية لدى أحمد فكرة هي إلقاء السلام على صديقه، وبعد انتقاء الكلمات التي تؤدي الغرض، أرسل الرسالة من مخه إلى عضلات الكلام والتنفس لديه،

والتي تتآزر مع بعضها البعض لتنتج موجة صوتية تسافر عبر الهواء حتى تصل إلى أذن صديقه، ويقوم الجهاز السمعي لدى صديقه بالتقاط الموجة الصوتية، ويرسل إشارة إلى مخه، تلك الإشارة تقوم بنقل الرسالة إليه (إيهاب الببلاوي، ٢٠٠٦: ١٩ — ٢٠) وعلى الرغم من بساطة وصف هذا الحدث، إلا أنه في واقع الأمر عملية معقدة، ويتطلب كفاءة الأجهزة العضوية لدى كل من المرسل والمستقبل.

__الثانية:__ أن المرسل يتم توجيهه من خلال المستقبل، وذلك من حيث مستوى إدراك المستقبل، وثقافته، وعمره الزمني، وخبراته.. وما إلى ذلك من عوامل، وأن التواصل الفعال يتعين أن يكون ذو اتجاهين، حيث أن كل من المرسل والمستقبل معا، وفي نفس الوقت، يلعبان دورا أساسيا في عملية التواصل، كما أن التغذية الراجعة وردود الأفعال التي تصدر عن المستقبل تلعب دورا مهما في التحقق من فهمه للرسالة، أو لمعرفة مدى استجابته.

__الثالثة:__ أنه في جميع الحالات يتعين أن تكون الرسالة المرسلة مؤثرة في محتواها، ومضمونها حتى يستجيب لها المستقبل، وسواء كان مضمون الرسالة قد جرى في الماضي، أو في الحاضر، أو يتوقع أن يحدث في المستقبل، فإن الحديث في إطار إدراكي يؤدي إلى مدركات لدى الشخصين (المرسل والمستقبل)، وهذه المدركات تتفاعل مع الكلمات والرموز أو الإشارات التي يتم تبادلها بين الشخصين، فيفسر كل منهما الرسالة حسب تصوراته ومدركاته، وتكون هناك ردود فعل مترتبة على فهم هذه الرسالة.

رابعا: أنماط التواصل: Types of communication

تتواتر الإشارة في الكتابات المتخصصة في مجال التواصل إلى وجود نمطين من التواصل هما التواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي، يمكن الإشارة إليهما — بشيء من التفصيل — على الوجه التالي:

النمط الأول — التواصل اللفظي Verbal communication

يمكن القول أن التواصل اللفظي أكثر تحديدا من التواصل غير اللفظي — كما سيتضح عند الحديث عن الأنماط الفرعية المتعددة للتواصل غير اللفظي،

ولهذا يقال أن الراشدين الذين يستخدمون اللغة يترجمون أفكارهم إلى كلمات محددة، ويرتبونها بطريقة تمكنهم من نقل رسائلهم، وتلك الرسائل من الممكن أن تنقل إما مكتوبة أو منطوقة، وتعرف هذه العملية بأكملها بالتشفير، وعندما يتلقى المستقبل الرسالة، ويترجمها إلى معنى مفهوم، فإن هذه العملية تعرف بفك التشفير، وحتى يتمكن المستقبل من تلقي المعنى الذي يقصده المرسل، يجب أن يستخدم أصواتا متشابهة جدا، ومعاني كلمات قريبة، وترتيب معروف، وهكذا تعرف عملية تشفير وفك التشفير الرسائل باللغة.

ويعرف " بشير الرشيدي " وأخرون (٢٠٠٠: ١٣١) التواصل اللفظي بأنه " الرمزية اللفظية باستخدام اللغة كنظام من التفاعل بين شخصين أو جماعة من الناس في ترميز المعاني. وفي ذلك تشمل اللغة عدة مكونات هي: النطق، والأصوات الكلامية، وقواعد النحو والصرف، والتراكيب اللغوية، ودلالات المعاني ".

وتعتبر اللغة من أهم وسائل التواصل الفكري والوجداني بين بني البشر، فهي وسيلة للتعبير والتفاهم الإنساني التي يعبر بها الفرد (الإنسان) عن نفسه، ويندمج فيها بكل كيانه، وبالكلمة يعبر الفرد عن احتياجاته، ويخرج انفعالاته، وعواطفه الداخلية، كما يعبر عن رغباته ويعرض تجاربه وظروفه، ومن خلالها يدرك الإنسان العالم المحيط به، ويطلع على خبرات السابقين، ويتزود بأدوات التقدم، ولذلك فإن اللغة أساس مهم للحياة الاجتماعية، وضرورة من أهم ضروراتها لأنها مهمة لوجود التواصل في الحياة لتوطيد سبل التعايش فيها (سهير شاش، ٢٠٠٧: ٢٠).

النمط الثاني – التواصل غير اللفظي: Non – Verbal communication

يعرف " عادل الأشول " (١٩٨٧: ٦٥) التواصل غير اللفظي بأنه تواصل بدون كلمات، سواء كانت بالحركات، أو الإشارات، أو الإيماءات، وخاصة ما يستخدمها الطفل الأصم مع غيره من الأفراد

ويعرف " جابر وكفافي " (١٩٩٢: ٢٤٢٣) التواصل غير اللفظي بأنه لفظ عام يشمل جميع جوانب الاتصال والتواصل التي يتم التعبير عنها دون استخدام لغة منطوقة ظاهرة؛ فالإيماءات، وأوضاع الجسم، وتعبيرات الوجه، والعوامل السياقية،

وما شابه ذلك كلها تقع في نطاق مكونات جهاز التواصل الذي ينقل المعلومات دون استخدام ما هو لفظي على وجه التحديد. ويستخدم الطفل الأصم هذا النوع من التواصل مع غيره.

ومن الصعب تعريف الرسائل غير اللفظية من خلال مثال واحد، وذلك لطول القائمة التي تتضمنها الأساليب غير اللفظية، ومن بين الأساليب غير اللفظية تعبيرات الوجه، والإيماءات، والإشارات.. وغيرها، وكذلك المسافة بين المتحدث والمستمع وما إلى ذلك..

وينقل " إيهاب الببلاوي " (٢٠٠٦ : ٢١) عن إيزينبيرج ووسميث Eisenberg, A. & Smith, R. (1971) أنهما قسما أساليب التواصل غير اللفظي إلى ثلاثة أنماط فرعية هي:

النمط الفرعي الأول: التواصل غير اللفظي المرتبط باللغة، ويتضمن متغيرات الصوت واستخدامه.

النمط الفرعي الثاني: التواصل غير اللفظي المرتبط بالحركة، ويتضمن كافة حركات الجسم.

النمط الفرعي الثالث: التواصل غير اللفظي المرتبط بالجسم، ويتضمن وضعية الجسم والعلاقات المكانية.

كما تشير " سهير شاش " (٢٠٠٧ : ٢٤ – ٢٦) إلى نفس هذه الأنماط. وفيما يلي توضيح لهذه الأنماط الفرعية بشيء من التفصيل:

النمط الفرعي الأول: التواصل غير اللفظي المرتبط باللغة:

يشير التواصل غير اللفظي المرتبط باللغة إلى الأصوات التي يتم إنتاجها عند التحدث، والتي ترتبط بكل من جودة الصوت، ونغمته، وارتفاعه. هذا بالإضافة إلى تلك الأصوات التي تجلب الضوضاء مثل: البكاء، والضحك، وطريقة النطق، وطلاقة الكلام، وإيقاعه، فكلها مكونات ترتبط بهذا النمط من التواصل.

وهناك العديد من الباحثين الذين قاموا باستعراض الكثير من الكتب والبحوث التي تحدثت عن المفردات، والتغيرات الصوتية، وإدراك النغمة، وارتفاع الصوت ومدته، وجودته كمكونات لهذا التواصل. واستنتج هؤلاء أن جودة الصوت تعد

إشارة للصوت الموجود من خلال النطق السوي (العادي) ككل، وقد ميز هؤلاء الباحثون – أيضا – بين كل من السمات العروضية، والتأثيرات المرتبطة باللغة. أما السمات العروضية فقد تم تعريفها بأنها التأثيرات اللفظية الصوتية المرتبطة بتباين النغمة وارتفاع الصوت، ومدته وسكونه. وأما التأثيرات المرتبطة باللغة فقد تم تعريفها بأنها هي التي تنتج من خلال التجويف الحلقي، أو التجويف الفمي، أو التجويف الأنفي، فهذه التجاويف – من وجهة نظرهم – قد تؤثر على نغمة الصوت، وارتفاعه، ومدته، وأن هذه التأثيرات قابلة للملاحظة، وتجذب الانتباه إليها وتشير " سهير شاش " (٢٠٠٧: ٢٥ – ٢٦) إلى أن التواصل غير اللفظي المرتبط باللغة يرتبط بالأصوات التي يتم إنتاجها عند التحدث، من حيث نغمة الصوت ومدى طلاقة الحديث:

(١) فبالنسبة لمستوى الصوت ونغمته، فإن الكلام الهامس يدل على صعوبة الانفتاح عند التواصل، وتغيرات الصوت عند الكلام تدل على أن موضوعات المناقشة لها معان انفعالية مختلفة.

(٢) أما بالنسبة لطلاقة الحديث، فإن اللجلجة عند الكلام، والتردد وأخطاء اللغة، تدل على حساسية موضوع المناقشة، أو القلق أو التوتر. كما أن الفرد عندما يتلعثم، أو يئن فهذا يدل على الاعتمادية أو التركيز الانفعالي. في حين أن بطء الحديث، أو سرعته أو تغيره المستمر، يدل على حساسية موضوع المناقشة، أو أن له معان عاطفية. أما الصمت فإنه دليل على الانشغال، أو الرغبة في الاستمرار في الكلام بعد توضيح نقطة معينة.

النمط الفرعي الثاني: التواصل غير اللفظي المرتبط بالحركة

إذا كان التواصل غير اللفظي المرتبط باللغة يتعامل مع الإشارات السمعية غير اللفظية فإن التواصل غير اللفظي المرتبط بالحركة يحتاج إلى الإشارات البصرية التي ترسل من خلال حركات الجسم، والتي تشتمل على الإيماءات، وتعبيرات الوجه، وفي هذا الصدد، لاحظ " بيرد ويستيل " (Birdwhistell, R., 1970) في دراسته عن الحركات الجسمية، وخاصة الإيماءات، لاحظ أن هناك تزامنا واضحا

بين الحركة واللغة، وذكر أن الحركة هي امتداد للصوت، وأن النشاط الجسمي المرئي من الممكن أن يؤثر على سلوك المستمع بشكل يمكن التنبؤ به، غير أن هذه الحركات قد لا تكون عامة بين الثقافات المختلفة.

ومما تجدر الإشارة إليه، أنه يمكن تصنيف أنشطة التواصل غير اللفظي المرتبط بالحركة إلى ثلاث مجموعات من الأنشطة، وذلك على النحو التالي:

الأولى: مجموعة الحركات الغرضية، وهي تلك الحركات التي يمكن تفسيرها على أساس من الأعراف السائدة في المجتمع، وليس إلى ما تشير إليه، فعلى سبيل المثال عندما نهز رؤوسنا يمينا وشمالا، فإن هذا يعني رفضا، ولكن عندما نهزها من أعلى إلى أسفل، فإن هذا يعني قبولا.

الثانية: مجموعة الحركات الأيقونية، وهي تلك الحركات التي تهتم بما نشير إليه، كأن يشير شخص بيديه بشكل مباشر إلى مبنى ما، أو كما استخدم الزعيم البريطاني " وينستون تشرشل " حرف v إشارة إلى أول حرف من الكلمة الإنجليزية Victory وتعني إشارة إلى النصر، وهكذا فإن الحركة يمكن تفسيرها على أنها إما غرضية أو أيقونية، فتكون أيقونية إذا كان يعبر بها الشخص عن الحرف v، وتكون غرضية إذا كانت ترتبط بمفهوم النصر.

الثالثة: مجموعة الحركات الذاتية، وهي تلك الحركات التي ترتبط بحركات الجسم أثناء الضحك أو البكاء على سبيل المثال.

ومما هو جدير بالذكر في هذا السياق، أن التواصل غير اللفظي المرتبط بالحركة يهتم بالإضافة إلى ما سبق، بكل من الفراغ والمكان في عملية التواصل، وخصوصا الحيز البينشخصي، وآية ذلك أن هذا الحيز يؤثر على التواصل. وفي هذا الصدد، تذكر كتابات عديدة – نقلا عن هول (Holl,E, 1959) أن هناك طريقتين لتفسير الحيز البينشخصي هما:

الطريقة الأولى – أن الحيز الذي يوجد بين المتحدث والمستمع له دلالة تواصلية تؤثر على كيفية تفسير الرسالة.

الطريقة الثانية – أن الثقافات المختلفة لها رموز مكانية، وفراغية مختلفة في التواصل البينشخصي، فعلى سبيل المثال نجد أن العرب يفضلون الوقوف عن قرب عند التحدث – أي وجها لوجه – وذلك على عكس الغربيين، ولذلك فإن تلك الرموز المكانية البينشخصية قد يتم تفسيرها بشكل سلبي، وخصوصا أثناء التواصل بين شخصين ينتميان إلى ثقافات وعادات مكانية مختلفة، الأمر الذي يؤدي إلى فهم خاطئ لمعايير كلا منهما للآخر، مما يؤدي إلى اضطراب التواصل بينهما، في حين يعزى السبب في هذا الفهم الخاطئ إلى عدم فهم كل منهما للرموز الحركية غير اللفظية في ثقافة الآخر.

وتشير "سهير شاش" (٢٠٠٧) إلى أن التواصل غير اللفظي المرتبط بالحركة يقصد به حركات الجسم، وأنه يشتمل على الإيماءات وتعبيرات الوجه، والنشاط الجسمي المرئي، من ذلك ما يلي:

(١) التواصل بالعيون: فالتقاء العيون يدل على الرغبة في التواصل الشخصي، وتبادل الحديث، وخفض البصر يدل على الانسحاب من المناقشة أو تجنب التبادل، والاحترام، أو الإذعان، وخفض الأعين والنظر إلى أسفل أو النظر بعيدا، يدل على الانشغال، والتحديق في شخص أو التحديق في شيء يدل على الانشغال، وربما التمسك بالرأي، والحركة السريعة للعينين تدل على الاستثارة والقلق، وتقطيب الحاجبين يدل على الارتباك، أو تجنب الشخص، أو الموضوع والدموع في العينين تدل على الحزن أو الإحباط، أو جوانب حساسة في المشكلة، وربما تدل على السعادة، أما تحويلات العينين، فتدل على تذكر الموضوع، أو تجميعه، أو الاهتمام الحاد، في حين أن توسيع حدقات العينين، يدل على الانزعاج أو الاهتمام الحاد.

(٢) حركات الفم: فالابتسام يدل على إيجابية في محتوى الرسالة، والتحية، وضم الشفتين يدل على الغضب، أو العداوة، أو الانضغاط، وارتعاش الشفة السفلى أو قضم الشفة يدل على القلق أو الحزن. فتح الفم بدون تحدث يدل على الدهشة أو التعب.

(٣) تعبيرات الوجه: تلاقي العينين مع الابتسام يدل على السعادة والارتياح، وعندما تكون العينان مشدودتان مع تقطيب الحاجبين وإطباق الفم، يدل ذلك على الغضب والحزن والانشغال، وتصلب العينين والفم، يدل على الانشغال الزائد، والقلق والحزن واحمرار الوجه يدل على الخجل والارتباك، وعدم الارتياح.

(٤) حركات الرأس: هز الرأس إلى أعلى وإلى أسفل، يدل على الموافقة أو الإصغاء والانتباه، وهز الرأس يمينا ويسارا بسرعة، يدل على الرفض، وعدم الموافقة، وخفض الرأس لأسفل يدل على الحزن والانشغال.

(٥) حركات الكتفين: هز الكتفين يدل على الحيرة وعدم التأكد، الانثناء إلى الأمام يدل على التشوق للتوكيد، والتململ والتراجع لظهر المقعد للتشوق والتوكيد، والانفتاح على التواصل، ونقص في استقبال العلاقة المتبادلة.

(٦) حركات اليدين والذراعين: إطباق الذراعين على الصدر يدل على تجنب أو كراهية تبادل الحوار أو العلاقة مع الآخر، ويدل ارتعاد اليدين على القلق، أو الغضب، أما تشبيك اليدين فيدل على القلق أو الغضب، ويدل استخدام الذراعين واليدين في الإشارة على الانفتاح في العلاقة المتبادلة، والتأكيد على نقطة في المناقشة.

(٧) حركات الساقين والقدمين: يدل استرخاء الساقين والقدمين على الانفتاح في العلاقة بالآخر والاسترخاء، ويدل تقاطع الساقين على القلق والاكتئاب، أما النقر بالقدمين فيدل على القلق وعدم الصبر، ويدل ثبات الساقين والقدمين على الانضغاط أو القلق، أو الانغلاق بالنسبة للتبادل المركز في العلاقة.

(٨) حركات الجسم كله: يدل التقابل بالوجه مع الشخص الآخر والانحناء نحوه على الانفتاح على التواصل والتبادل الشخصي، بينما يدل تحويل الجسم بزاوية لا تواجه الآخر مباشرة على درجة منخفضة من الانفتاح في العلاقة، ويدل هز الجسم للأمام أو التململ في المقعد على الانشغال، والضيق والقلق، أما الجلوس جامدا، وبانتصاب على حافة المقعد فيدل على التوتر، والقلق، والانشغال، بينما يدل تكرار أو تقليب الشعر، أو الضغط على الأصابع على الإحساس

بالملل، والضجر أو التشتت، أو عدم الراحة، وعندما يكون التنفس أبطأ وأعمق، فإن هذا يدل على الشعور بالاسترخاء ونقص الاستثارة.

ولقد قام "لو وين" (Lowen, A 1985) في كتابه عن "لغة الجسم" The language of the body بمناقشة العلاقة بين التعبير والتحرك؛ إذ يرى أن الإنسان يعبر عن ذاته بالحركة، والوضعية، والإيماءة، أكثر من تعبيره عن ذاته بالكلمات، كما أثار أيضا تساؤلا نظريا مهما حول ما إذا كانت شخصية الفرد من الممكن أن تتغير بدون إحداث تغيير في تراكيب الجسم – أي في أوضاعه، وفي الحركة أم لا. وفي إجابته عن تساؤله هذا، ذكر "لو وين" أن المعالج النفسي لا يجب عليه فقط تحليل المشكلات النفسية عند المفحوص، ولكن عليه أيضا تحليل التعبير الجسمي عن المشكلة من خلال طرح عدة تساؤلات من بينها:

- هل من الممكن استخدام أساليب التواصل بطريقة مقصودة ؟
- هل يمكن تعلم واكتساب هذه الأساليب ؟
- وهل يمكن تفسيرها ؟

وقد قام "لو وين" بجمع البراهين الخاصة التي تثبت أن هذه السلوكيات لا يمكن قراءتها، ولكن يمكن تعلمها واستخدامها بشكل مقصود.

النمط الفرعي الثالث – التواصل غير اللفظي المرتبط بوضعية الجسم والعلاقات المكانية عند التواصل:

لا شك في أن الرسائل غير اللفظية التي يتبادلها الناس قد تختلف من حيث خصوصيتها، ودرجة إدراكها، وضبطها، أضف إلى ذلك أن الناس يوجد فيما بينهم فروق فردية في إدراك الإشارات غير اللفظية، وكذلك في الهدف من استخدامها. وعلى الرغم من أن التواصل غير اللفظي المرتبط بالجسم يمكن استخدامه في إرسال أغلب الرسائل، إلا أن المعدل الوظيفي للسلوك غير اللفظي يكون مقيدا ومحدودا، وتكون أهميته الخاصة في مجال التفاعلات الوجدانية التي يعرفها المستقبل جيدا.

وما دمنا نتكلم عن التفاعلات الوجدانية، فإنه من الجدير بالذكر القول بأن التواصل أو التفاعل الوجداني يمكن أن يكون لفظيا، كما يمكن أن يكون غير لفظي. وعندما يكون التواصل الوجداني غير لفظي، فإنه قد يستخدم بطريقة مقصودة أو غير مقصودة لتعزيز ودعم الرسائل اللفظية، أو لإحداث اختلاف فيها، فإذا ما استخدمه شخص ما لتعزيز ودعم الرسالة اللفظية، فيتعين أن تكون جودة الصوت، ونغمة الصوت، ووضعية الجسم، والحيز البينشخصي – أو المسافة البينشخصية – جميعها متسقة ومنسجمة، ويحتمل وجود هذا الانسجام بين المتحدثين ذوي الخلفية الثقافية الواحدة، على الرغم من أن درجة تعزيز ودعم الرسالة قد تتباين في الكيف وفي الكم من شخص لآخر، أما بالنسبة للأشخاص ذوي الخلفيات الثقافية المتباينة، فقد يغيب هذا الانسجام.

وتذكر كل من "سهير شاش" (٢٠٠٧) و"محروس الشناوي" (١٩٩٦) أن وضعية الجسم والعلاقات المكانية عند التواصل تشير إلى المسافة بين المرسل والمستقبل أثناء عملية التواصل، والتقارب، أو الابتعاد بينهما:

(١) فبالنسبة للمسافة عندما يتحرك المرسل بعيدا عن المستقبل، فإن هذا يدل على أن المكان قد أدى إلى مزيد من الاستثارة وعدم الارتياح، أما إذا تحرك المرسل مقتربا من المستقبل، فإنه بذلك يبحث عن تفاعل أقرب أو مزيد من المودة والألفة.

(٢) أما الوضع في الجلسة، فإنه إذا جلس المرسل بجوار أو خلف شيء في الغرفة (كمنضدة أو مكتب) فإنه بذلك يبحث عن حماية أو مزيد من المسافة، أما إذا جلس قريبا من المستقبل بدون حواجز فاصلة، فإن ذلك يدل على التعبير عن مستوى ارتياح مناسب.

(٣) الملامسة، أي المصافحة اليدوية مع الابتسام والتحية اللفظية، فإن ذلك يدل على الرغبة في بدء التفاعل مع الآخر، والربت على ذراع الطرف الآخر، دليل على الرغبة في توصيل المساندة والتخفيف عنه.

وهكذا يمكن القول أن أساليب التواصل غير اللفظي – بأنماطها الفرعية المختلفة – تشير جميعها إلى معان يفهمها جميع الأفراد، ويتفاعلون مع بعضهم بعضا في ضوء الدلائل المستمدة منها. كما يمكن القول أن السلوك غير اللفظي – بهذا المعنى – لا يقل من حيث الأهمية عن التواصل اللفظي، ذلك أنهما يشكلان معا عملية التواصل.

- تبادلية العلاقة بين التواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي:

غني عن البيان أن العلاقة بين التواصل اللفظي باللغة والكلام وغيرهما، والتواصل غير اللفظي بالحركة أو بالبدن ممثلة في التواصل بالعيون وحركات الفم، وتعبيرات الوجه وحركات الرأس، والكتفين، واليدين والذراعين، والساقين والقدمين، وما إلى ذلك هي بمثابة علاقة تبادلية، ربما يؤكد بعضها البعض، أو يحل بعضها مكان الآخر، أو يكمل بعضها البعض الآخر، كما قد يتعارض بعضها مع بعض.

وفي هذا الصدد، يشير " محروس الشناوي " (١٩٩٦) إلى تبادلية العلاقة بين التواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي على النحو التالي:

(١) التكرار، فمثلا عندما تكون الرسالة لفظية، وقيل لشخص " تفضل اجلس في المقعد " ويشير المتحدث إلى داخل الغرفة وإلى المقعد، فإن هذه الإشارة تعتبر تكرارا غير لفظي لما قاله.

(٢) التعارض: فإذا قلت لشخص " إني أحبك " ولكن نبرات الصوت في صورة فظة غاضبة، فإن الدلائل تشير إلى أنه: عندما نستقبل رسالتين متعارضتين إحداهما لفظية، فإننا نميل إلى تصديق الرسالة غير اللفظية.

(٣) الإحلال: في كثير من الأحيان نستخدم الرسالة غير اللفظية مكان الرسالة اللفظية، فحين تسأل شخصا ما: كيف حالك ؟ فإنك قد تتلقى منه ابتسامة، وهذه الابتسامة تحل محل الجواب اللفظي " أنا بخير ".

(٤) التكملة: يمكن أن تقوم الرسالة غير اللفظية بدور التتمة لرسالة لفظية عن طريق تعديلها أو تقويمها. فإذا كان شخص ما يتحدث عن الإحساس بعدم

ارتياح، وكانت كلماته متسارعة، ويشوبها أخطاء في النطق، فإن هذه الرسالة غير اللفظية تضيف إلى التعبير اللفظي، حالة عدم الارتياح.

(٥) الخبرة: إن الرسائل غير اللفظية يمكن أن تؤكد الرسائل اللفظية وهي غالبا تزيد من تأثيرها، فإذا كنت تنقل انشغالك أو اهتمامك عن طريق الكلمات، فإن رسالتك يمكن أن تكون أقوى عن طريق تلميحات غير لفظية أقوى مثل تقطيب الجبين والحاجبين، أو العبوس، أو الدموع. وهذا النوع من العاطفة الذي ينقله الفرد يظهر أكثر بتعبيرات الوجه، وينقل البدن وصفا أفضل لشدة الانفعال.

(٦) التنظيم: يساعد التواصل غير اللفظي على تنظيم انسياب المحادثة، فمعظمنا يلاحظ أنه عندما يومئ برأسه لشخص بعد أن يتحدث، فإن هذا الشخص يميل إلى الاستمرار في الحديث، ولكن إذا أشحنا بوجوهنا بعيدا، أو غيرنا في وضع الجلسة، فإن الشخص قد يتوقف عن الحديث ولو مؤقتا. إننا كثيرا ما نعتمد على الإشارات كردود فعل لبدء أو إيقاف محادثة، وللدلالة على ما إذا كان الشخص الآخر مصغيا لنا.

الفصل الثاني

أجهزة الجسم المستخدمة في التواصل

تمهيد

التواصل

التكامل بين أجهزة جسم الإنسان في عمليات التواصل

الجهاز العصبي

الجهاز البصري

الجهاز السمعي

الجهاز التنفسي

الجهاز الصوتي

الجهاز النطقي

أعضاء الجسم الأخرى

خلاصة

الفصل الثاني

أجهزة الجسم المستخدمة في التواصل

تمهيد:

يتناول الفصل الحالي أجهزة الجسم المستخدمة في التواصل، والتكامل بينها في عمليات التواصل، ويتطرق إلى توضيح دورها في عمليات التواصل، وذلك على النحو التالي:

التواصل:

يتضمن مفهوم التواصل جميع الحركات والأصوات والأفعال التي يقوم بها الفرد بغية نقل ما لديه من أفكار للآخرين، وفي هذا الصدد يحتاج الفرد لتوظيف مجموعة من أعضاء وأجهزة الجسم، كالجهاز العصبي؛ والجهاز البصري؛ والجهاز السمعي؛ والجهاز الصوتي؛ والجهاز النطقي.

التكامل بين أجهزة جسم الإنسان في عمليات التواصل

تتكامل أجهزة جسم الإنسان عند أداء العديد من الوظائف الحيوية ومهام الحياة اليومية التي يمر بها الفرد، ولعل التواصل من أهم العمليات التي تستدعي تحقيق التآلف بين عدة أجزاء من الجسم لتوصيل واستقبال الرسائل التي يتم عبرها التواصل بين الناس.

فالفرد يستخدم الأذن والمخ والعينين ليتمكن من فهم الرسائل التي تحيط به، سواء من أفراد آخرين أو من أجهزة إلكترونية كالتلفزيون والكمبيوتر والجوال، أو حتى من البيئة المحيطة به كأصوات الطيور وأصوات السيارات وصوت الآذان... وغيرها.

وحتى إن كان الفرد من ذوي الإعاقة السمعية ولا يستطيع استخدام أذنيه في التواصل، إلا أنه أيضًا يحتاج لتكامل عديد من أجزاء الجسم لتلقي وتوجيه الرسائل التي يمكنه من خلالها التواصل مع المحيطين به، فهو في هذه الحالة يستخدم عينيه ويديه وجهازه العصبي لرؤية الإشارات التي يمكنه ترجمتها لكلمات وأشياء مفهومة، وكذلك من فقد بصره، فلا يمكنه الاعتماد على عضو

واحد من أعضاء الجسم لتحقيق التواصل، بل عليه تحقيق التكامل بين ما يسمعه بأذنيه، وما يلمسه بيديه، وما يشمه بأنفه، وما يفهمه بعقله من هذه المدخلات جميعها، وبهذا يتواصل مع من حوله ومع ما حوله.

ويشير "رأفت خطاب" (٢٠١٤) إلى أن اضطراب النطق والكلام هو اختلاف في التوافق الحركي بين أعضاء النطق المختلفة، وعدم التكامل بين الوظائف العضوية المتكاملة للأعضاء التالية:

❖ **أعضاء استقبال الصوت والكلام:** والتي تقوم باستقبال المنبهات السمعية والبصرية، ونقلها إلى المخ عبر مسالك سمعية وبصرية، ويمكن توضيحها كما يلي:

❖ **أعضاء التنفيذ:** وتشمل الحجاب الحاجز والجهاز التنفسي والحنجرة والأوتار الصوتية واللهاة وتجاويف الأنف والفم مع سقف الحلق واللسان والشفاه والأسنان.

❖ **أعضاء التنظيم الوظيفي والمركزي:** وتشمل الجهاز العصبي القشري ونصفي كرتي المخ والأعصاب الدماغية (رأفت خطاب، ٢٠١٤).

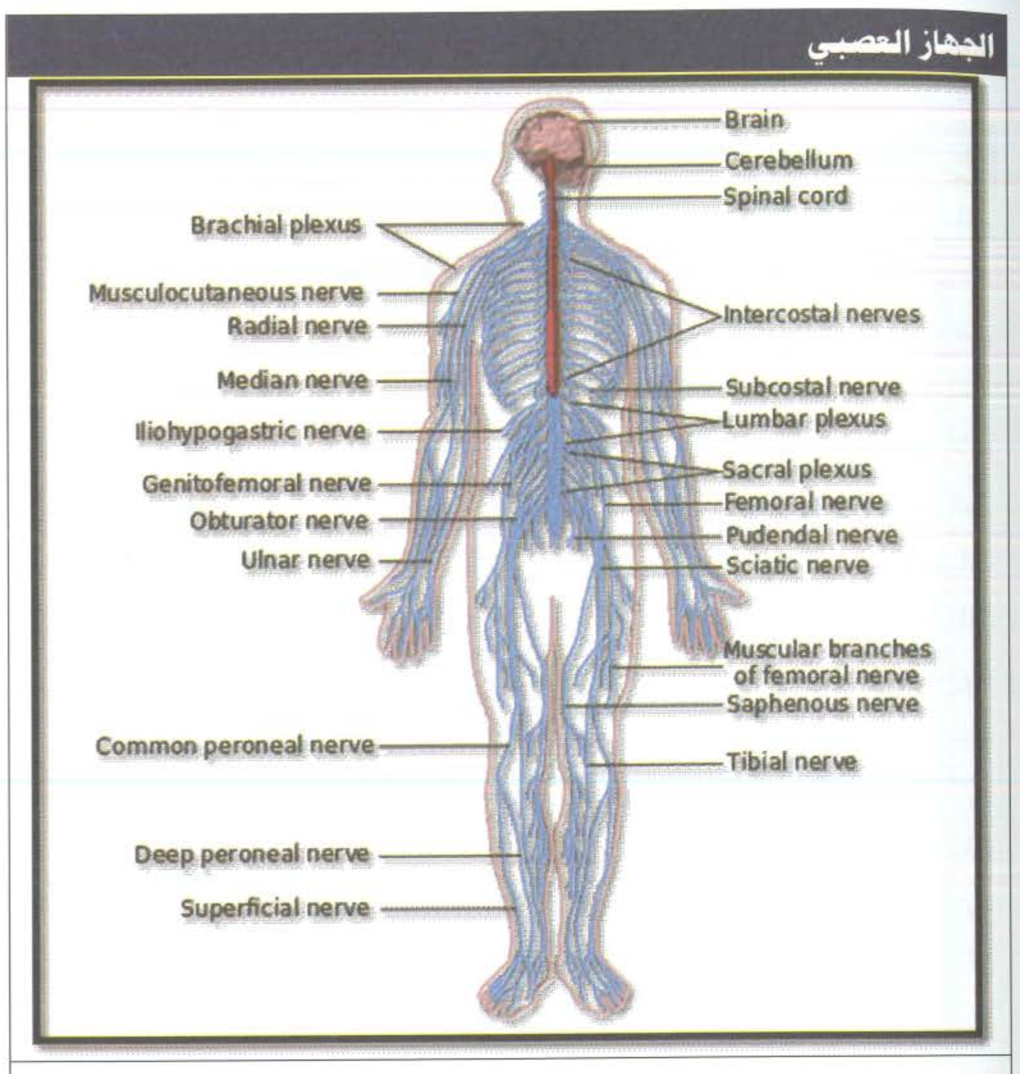
ويمكن عرض أهم أجهزة الجسم وأعضاء الجسم المشتركة في عمليات التواصل على النحو التالي:

الجهاز العصبي

يعد الجهاز العصبي هو نقطة البداية والنهاية في عملية التواصل اللغوي بين المتكلم والسامع، وذلك بما يحتويه من مراكز للسمع ومراكز للنطق، ولذلك فإن أي خلل يحدث بهذا الجهاز قد يؤدي إلى خلل في عملية إرسال واستقبال الكلام (حسن عبد المعطي، وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٧).

كما يسيطر الجهاز العصبي على العديد من النشاطات لدى الإنسان، كالتفكير، والمشي، والكتابة، وغيرها، ويتكون الجهاز العصبي المركزي من الدماغ (Brain)، والحبل الشوكي (Spinal cord) الذي يمتد عبر القناة الشوكية للعمود الفقري (أحمد الدوايدة؛ وياسر خليل، ٢٠١١).

الجهاز العصبي



مصدر الصورة

http://en.wikipedia.org/wiki/Neurological_disorder#/media/File:Nervous_system_diagram-en.svg

الدماغ أو المخ Brain:

يضم المخ جذع المخ، والمخيخ، والقشرة المخية، وأما جذع المخ فيتكون من النخاع المستطيل، والقنطرة، والمخ الأوسط. بينما يوجد المخيخ أسفل الفص الخلفي للمخ. وجميع هذه الجزاء تؤدي دورها في نقل الأصوات التي تنقلها الأذن.

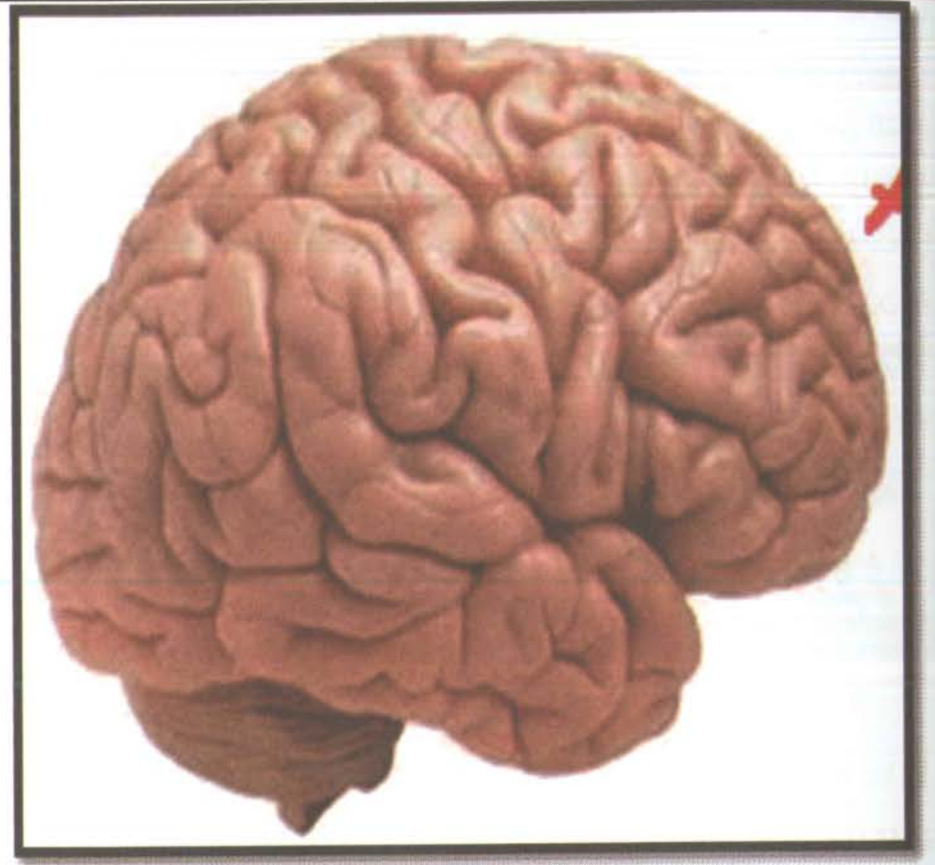
ويلعب نصف الدماغ الأيسر دورًا هامًا في السيطرة والتحكم في الكلام لدى كل الناس الذين يستخدمون يمينهم، وعند معظم الذين يستخدمون يسراهم، لذلك فإن إصابة النصف الأيسر من المخ يؤدي إلى حالات العمه أو الصمم الكلامي، وهو نوع من الأفيزيا الحسية والمصاب بهذا الاضطراب يفقد القدرة على فهم الكلام المسموع وتميزه وإعطائه دلالته اللغوية، بمعنى أنه يسمع الحرف كصوت إلا أنه يتعذر عليه ترجمة مفهوم الصوت الحادث، وينتج عن ذلك إبدال وحذف بعض الأصوات أو استخدام كلمة في غير موضعها عند الكلام فيصبح الكلام غامضاً ومتداخلاً وغير مفهوم، ومن وظائف النصف الأيسر للمخ فيما يتعلق باللغة والكلام: الاستماع، الكلام، الكتابة، القراءة، معالجة اللغة، التعليل التحليلي، التنظيم الزمني فهو يختص بتطور اللغة والقدرات الرياضية والتعليمية وتسلسل العمليات الفكرية، ولذلك فإن أي إصابة تلحق بهذا النصف لها تأثير كبير على النشاط الذهني والعقلي واللغوي، أما النصف الأيمن فيختص بإدراك الأصوات اللغوية ومهارات التقدير الفراغي البصري بالأنشطة المرتبطة بالحيز المكاني والمواهب الفنية والإدراكية الحسية (حسن عبد المعطي، وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٧).

كما يتحكم الجهاز العصبي في عملية النطق بأكملها، حيث يترجم الرسالة التي يجب إيصالها إلى مجموعة من الإشارات التي تمر عبر مختلف عضلات آلية الكلام وعندما تتقلص هذه العضلات، يمكن أن تحدث عدة أمور: إذ يمكن أن يندفع الهواء خارج الرئتين، وقد تبدأ الأوتار الصوتية في الاهتزاز، وقد ينغلق الصمام الطبقي البلعومي، وقد ينخفض الفك، أو قد تندفع الشفتان إلى الأمام وتكمن وظيفة الدماغ في تنسيق حركة العضلات المختلفة بحيث تتقلص وفق تسلسل مناسب لإنتاج الأصوات المطلوبة إن هامش الخطأ صغير جدًا، ففي بعض الأحيان يمكن أن يحدث نطق خاطئ بسبب فرق في توقيت انقباض العضلات مقداره بضع أجزاء من الثانية (جون بيرنثال؛ ونيكولاس بانكسون، ٢٠٠٩).

والقشرة الدماغية تعد من أهم التراكيب في الجهاز العصبي المركزي بالنسبة للكلام واللغة والسمع، وتمثل الجزء الأكبر في الجهاز العصبي المركزي، وتتألف

القشرة الدماغية من خلايا رمادية تتركز فيها معظم القدرات الإدراكية (أحمد الدوايدة؛ وياسر خليل، ٢٠١١).

المخ



مصدر الصورة

https://nursegraduate.files.wordpress.com/2013/02/nclexrevneuro.png?w=470

وظائف فصوص المخ:

يعد الفص الصدغي أو ما يعرف بالفص الجانبي من المخ هو منطقة الاستقبال السمعية الأولية، والتي تختص معظم مناطق الإحساس السمعي الأولية، وما

يجاورها من مناطق الترابط السمعي في ثنايا الشق الجانبي، والإشارة الكهربية لمناطق الإحساس السمعي الأولية تنتج في الأفراد إحساسات سمعية، ولذلك فإن إتلاف هذه المناطق تضعف القدرة على إدراك الأصوات، ولكنها لا تلغي هذه القدرة تمامًا، ذلك أن محطات الاستقبال تحت القشرية يمكنها أن تساعد في مسائل الإحساس الأولي، وتتصل مناطق الترابط السمعي من الجهتين بمناطق الإحساس السمعي الأولية، وبمناطق الترابط العامة المحيطة بهم، وأي تلف في مناطق الترابط السمعي قد ينتج عنه قصور في فهم أو تفسير معاني الأصوات المسموعة، ولكن لا يؤثر على وظائف الحس الأولية، وإصابة الفص الصدغي ينتج عنها عادة اضطراب وظائف الربط أو ترابط المعلومات مثلما يحدث في الأفازيا السمعية (حسن عبد المعطي، وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٧)، ويمكن تشبيه المخ الإنساني بكرة ذات نصفين، وكل نصف منهما ينقسم على أربعة فصوص، وقد أورد "أحمد الدوايدة"؛ و"ياسر خليل" (٢٠١١) توضيحًا لها على النحو التالي:

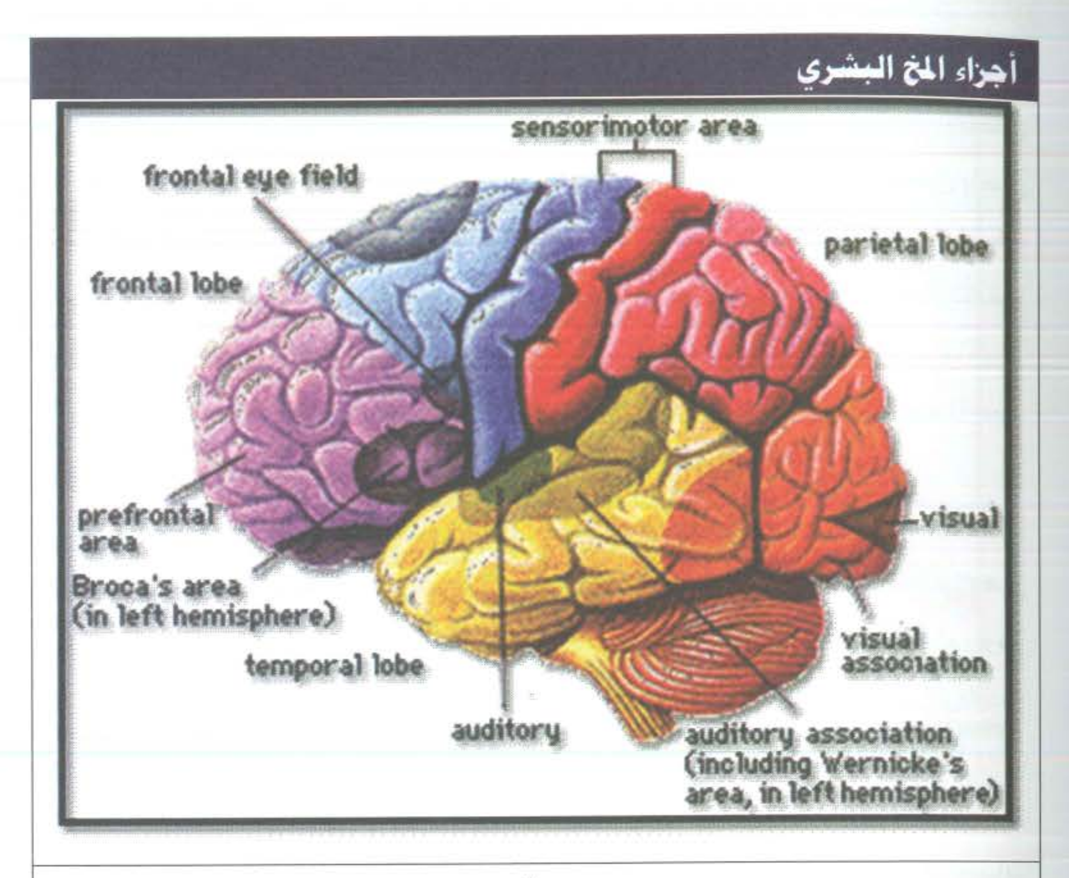
الفص الأملمي أو الجبهي.

الفص الجانبي أو الصدغي.

الفص العلوي أو الجداري.

الفص الخلفي أو القحفي.

أجزاء المخ البشري



مصدر الصورة

http://www2.estrellamountain.edu/faculty/farabee/BIOBK/brain.gif

المناطق المسئولة عن الكلام في المخ:

هناك عدة مناطق في الدماغ مسؤولة عن الكلام، ومنها:

المنطقة (٢٢): وتقع في الجزء الخلفي للتلفيف الصدغي الثاني أسفل المنطقة (٤١) وتعرف هذه المنطقة باسم المنطقة السمعية الترابطية أو منطقة فيرنكة، يرجع الفضل في اكتشافها ل "كارل فيرنكة" عالم الأعصاب الألماني (١٨٤٨م– ١٩٠٥م) وهذه المنطقة مسئولة عن فهم وتفسير الكلام، ولذلك فإن إتلافها يؤدي إلى العمه السمعي حيث يفقد الشخص المصاب القدرة على تفسير الأصوات المسموعة وإدراك

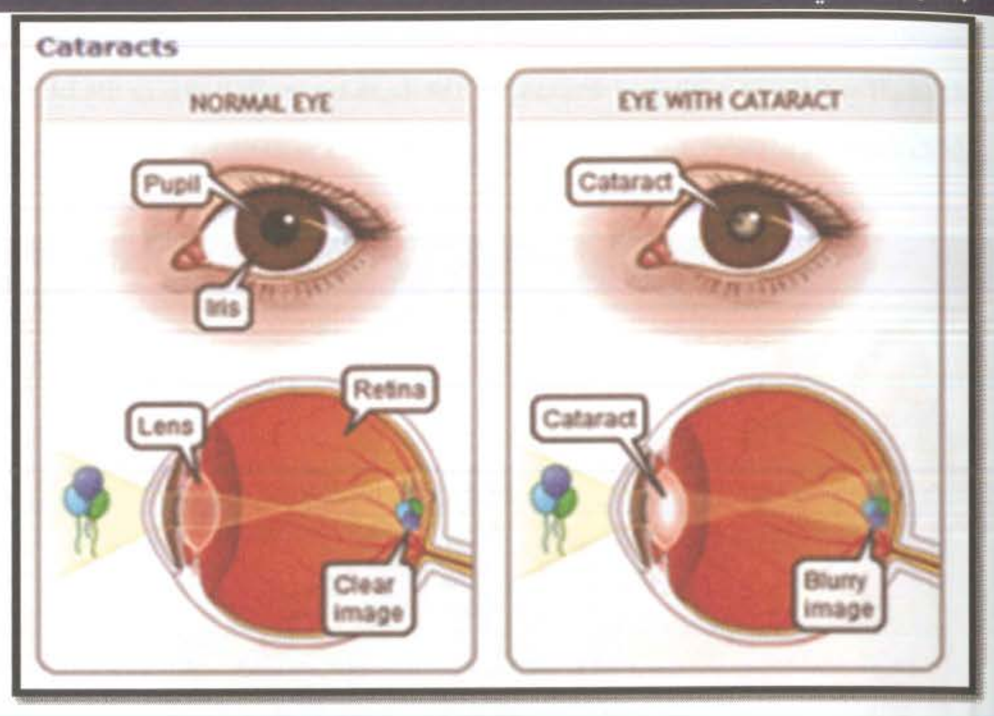
دلالتها فعندما ينطق حرف التاء أمام ذلك الشخص ونطلب منه تكراره يقول ثاء أو أي لفظ أخر بل يشمل كذلك الأنغام الموسيقية وأصوات الضوضاء المألوفة مثل رنين التلفون وصرير الماء أي يفشل المريض فقط في التعرف على أصوات الكلام ولكن إذا طلب منه قراءة ذلك الحرف فإنه يقرأه بشكل صحيح وهذا يعني أن الخلل يتصل بالإدراك السمعي للكلمات وليس بالإدراك البصري لها (حسن عبد المعطي، وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٧). وقد سُميت منطقة "فيرنكه" بهذا الاسم نسبة إلى مكتشفها العالم "كارل فرينكه"، وهي تقع بالقرب من منطقة السمع في القشرة الدماغية، الموجودة في منطقة الفص الصدغي، وهي مسئولة عن فهم واستيعاب اللغة (أحمد الدوايدة؛ وياسر خليل، ٢٠١١).

المنطقة (٤٤): وهي تعرف هذه المنطقة باسم منطقة بروكا نسبة إلى مكتشفها بول بروكا وهي المنطقة التي توجد في التلفيف الجبهي الثالث من الخلف وهي المنطقة المسئولة عن تشكيل وبناء الكلمات والجمل أي تنظيم أنماط الكلام، وهو مسئول عن استخدام علامات الجمع وشكل الأفعال إلى انتقاء الكلمات الوظيفية مثل حروف الجر والعطف أي تختص بنواحي الكلام الحركية ويربط بينها وبين منطقة فيرنكة حزمة من الألياف العصبية تعرف بحزمة الألياف المقوسة، وباتصال المنطقة (٤٤) بالمنطقة (٤١)، (٤٢) ويتم تمييز التوترات الصوتية المختلفة (العتبات الصوتية) عن طريق شريط من الألياف العصبية إلى النوى العصبية تحت القشرية التي توجد في الجزء القاعدي للمخ (حسن عبد المعطي، وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٧)، ويلخِّص "أحمد الدوايدة"؛ و"ياسر خليل" (٢٠١١) وظائف منطقة "بروكا" في كونها المركز المسؤول عن تنظيم أنماط النطق، لقربها من منطقة التحكم بعضلات الوجه والفك واللسان والحنجرة، وتوجد جميعها في القشرة الدماغية.

الجهاز البصري:

يتكون الجهاز البصري لدى الشخص العادي من عدة مكونات تعمل بدقة وتناغم مؤدية وظائفها التي تصل بالإنسان على رؤية الأشياء، ويمكن إلقاء الضوء على مكونات الجهاز البصري، ودورها في عمليات التواصل على النحو التالي:

الجهاز البصري



مصدر الصورة

http://www.seniorscenarios.com/images/datauri-file.png

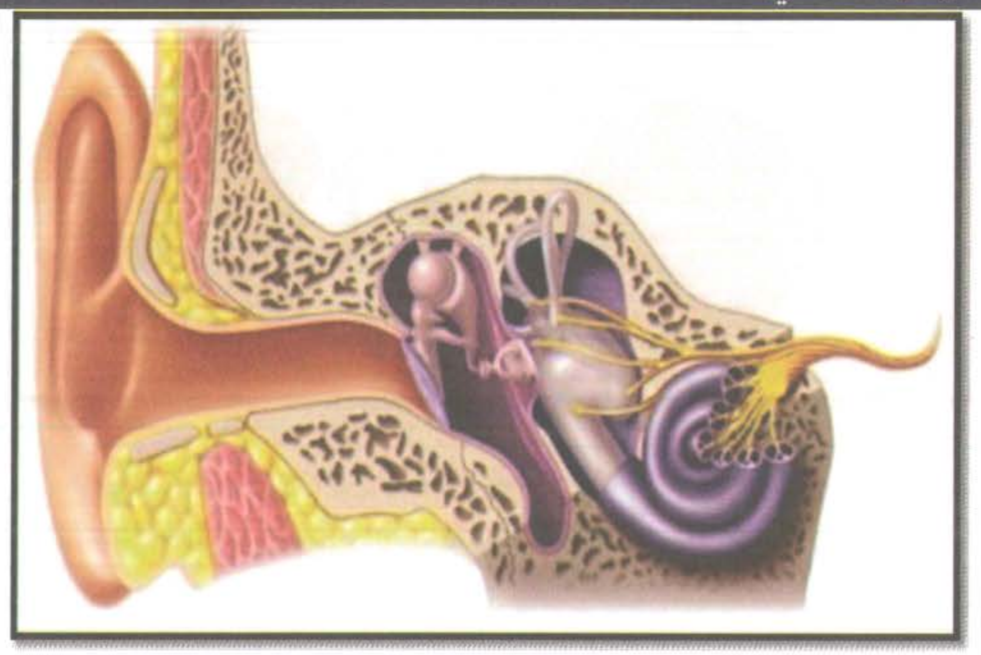
ويؤدي الجهاز البصري دوره في عملية التواصل ضمن منظومة متكاملة، حيث يعتمد الإنسان على جهازه البصري في رؤية كثير من الإشارات من قبل الآخرين، وفهم العديد من تعبيرات الوجه عن طريق رؤيتها، وقراءة العديد من الأشياء، ومشاهدة العديد من اللافتات والتنبيهات والصور، وكل ذلك يمثل تواصلاً مع العالم المحيط، ويفقد الإنسان هذه الأنماط من التواصل في حال العمى أو فقدان البصر.

الجهاز السمعي

الجهاز السمعي يلعب دورًا كبيرًا في عمليات التواصل التي يقوم بها الإنسان، ولا عجب أن فاقدي القدرة على السمع يفقدون جزءًا كبيرًا من تواصلهم مع العالم المحيط بهم، فعن طريق الجهاز السمعي يستقبل الإنسان الأصوات التي تزخر بها بيئته.

كما يتعلم الإنسان النطق بعد استقباله للكلمات وسماعها من الأفراد المحيطين به، وفي حال غياب السمع يؤثر ذلك سلبًا على تعلم النطق. ويتكون الجهاز السمعي من أجزاء عديدة، يظهر منها فقط الأذن الخارجية لدى الإنسان، لكن المكونات الوسطى والداخلية بالغة الأهمية في الجهاز السمعي، وتعمل الأجزاء جميعها معًا على توصيل الأصوات وفهمها.





مصدر الصورة

http://www.keytohearing.co.uk/how-the-hearing-system-works/4567208854

ويمكن للأفراد فاقدي السمع التواصل بطرق بديلة مثل لغة الإشارة، أو قراءة الشفاه.. وذلك لتعويض عدم قدرتهم على السمع الطبيعي للأصوات المحيطة بهم، وهناك طريقة التواصل الكلي التي تجمع بين استخدام أكثر من أسلوب تواصل مع ذوي الإعاقة السمعية.

الجهاز التنفسي

يوفر الجهاز التنفسي مخزون الهواء الأساسي اللازم لتوليد الصوت، ويتكون هذا الجهاز من الرئتين، ومجرى التنفس، والقفص الصدري، والحاجب الحاجز، والأعضاء الأخرى ذات الصلة. تولد الحنجرة، المكونة من عدد من الغضاريف والعضلات، أصوات الكلام الجهورية من خلال اهتزاز الأوتار الصوتية أو تسمح بمرور الهواء من الرئتين إلى القناة الصوتية (التجويف الفموي، التجويف الأنفي) لإنتاج الأصوات المهموسة، تصل المنطقة البلعومية velopharynx، (سقف الحلق الين أو الطبق) والبنى المتصلة بالصمام الطبقي البلعومي، التجويفين الفموي والأنفي، أو كليهما (جون بيرنثال؛ ونيكولاس بانكسون، ٢٠٠٩).

الجهاز التنفسي

مصدر الصورة

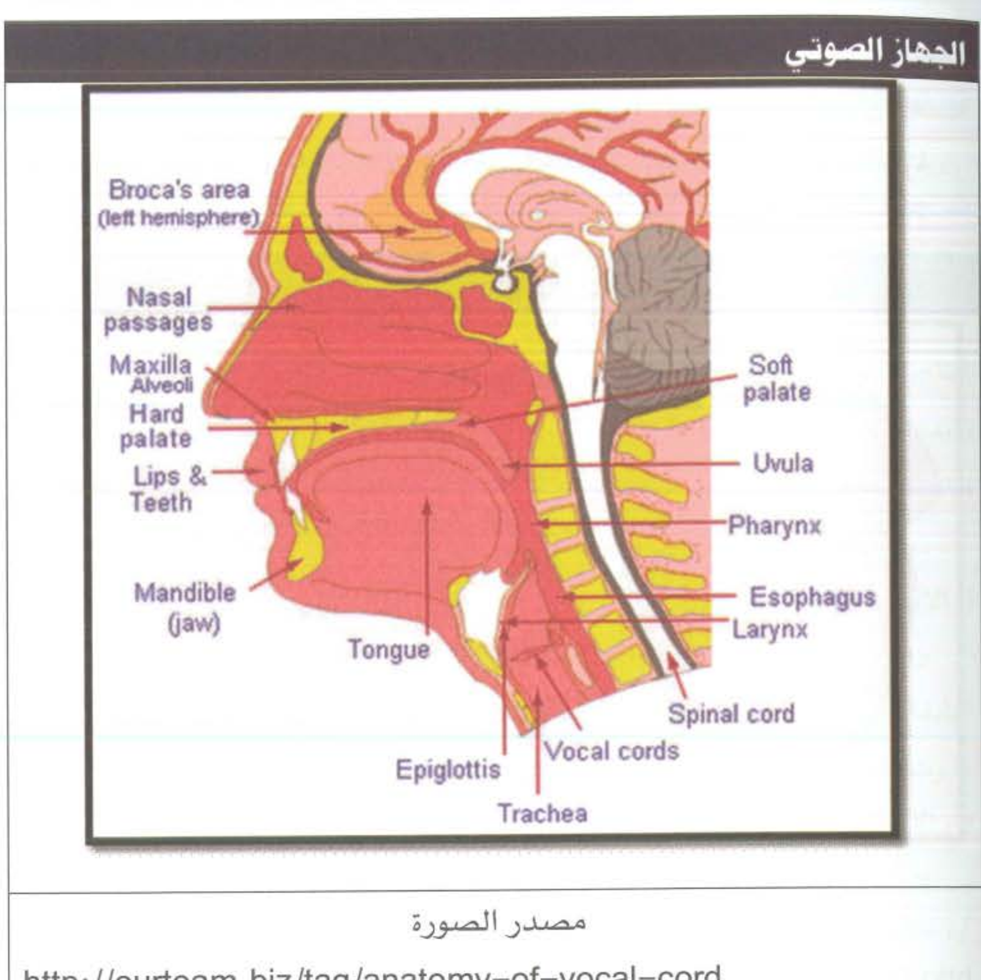
http://diagramreview.com/wp-content/uploads/Respiratory-System-Diagram.jpg

وتعمل الحنجرة والجهاز التنفسي معا لتزويد مجرى التنفس العلوي بنوعين أساسيين من تيار الهواء: سلسة من دفقات الهواء المتشكلة بفعل اهتزاز الأوتار الصوتية (للأصوات الجهورية مثل الأصوات في "قبض")، وتيار متواصل من الهواء يمكن استخدامه لتوليد طاقة ضجيج في القناة الصوتية (للأصوات المهموسة مثل الصوت "س" في كلمة "سمك").إن الوظيفة الأساسية في الجهاز التنفسي في عملية الكلام هي دفع الهواء إلى المجرى المكون من الحنجرة والتجويفين الفموي والأنفي. أما الوظيفة الأساسية للحنجرة، فهي تنظيم تيار الهواء القادم من الرئتين، وذلك لإنتاج الوحدات الجهورية والمهموسة، ويمتد مجرى التنفس العلوي، ويسمى عادة القناة الصوتية من الحنجرة إلى الفم أو الأنف، ويسمى عادة النطق (جون بيرنثال؛ ونيكولاس بانكسون، ٢٠٠٩).

الجهاز الصوتي

يتكون الجهاز الصوتي لدى الإنسان من أجزاء عديدة، يوضحها الشكل التالي، وهو مسئول عن إصدار الأصوات، سواء كانت أصواتًا مفهومة معبرة عن معانٍ محددة، أو كانت أصواتًا مسموعة لكنها غير ذات معنى، وتتكامل وظائف الجهاز الصوتي مع بقية أجهزة الجسم، لمساعدة الإنسان على التواصل.

الجهاز الصوتي



مصدر الصورة

http://ourteam.biz/tag/anatomy-of-vocal-cord

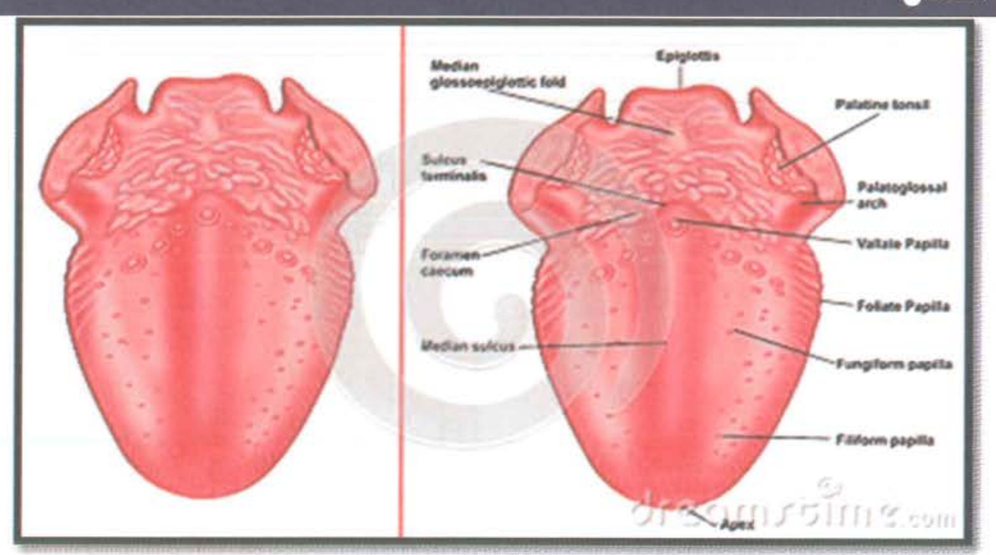
الجهاز النطقي:

يضم جهاز النطق عدداً من الأعضاء المهمة والتي لها دوراً رئيس في عملية الكلام، ومنها: اللسان والأسنان والحنك والشفتان والفك السفلي (حسن عبد المعطي، وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٧).

اللسان Tongue :

ويعتبر اللسان، هو مجموعة معقدة من العضلات، عضو النطق الأساسي principal articulator في التجويف الفموي، وهو قادر على اتخاذ أشكال وأوضاع مختلفة أثناء نطق الصوائت والصوامت، ولغايات نطقية، ينقسم اللسان إلى خمسة أجزاء رئيسة: رأس اللسان tip، ومقدمة اللسان blade، ونهاية اللسان back، وجذر اللسان root، وجسم اللسان body (جون بيرنثال؛ ونيكولاس بانكسون، ٢٠٠٩).

اللسان



مصدر الصورة

http://www.dreamstime.com/stock-image-structure-tongue-image26836821

ويقسم علماء الأصوات اللسان إلى أربعة أقسام، وهي:

أ. طرف اللسان:

وهو الجزء الأمامي من اللسان وأحياناً يعرف بحد اللسان أو رأس اللسان وهو الجزء المقابل للثة، وعندما يرتفع اللسان حين يتصل باللثة يسمى زلقاً وعندما يكون مسجى خلف الأسنان يسمى أسله أو النصل.

ب. بداية اللسان:

وهو الجزء الذي يقع بين الزلق ووسط اللسان، وهو الجزء المقابل للحنك الصلب.

ت. نهاية اللسان:

وهو الذي يقع بين الوسط والجذر وهو الجزء المقابل عند الانطباق للحنك اللين.

ث. جذر اللسان:

أو نهاية اللسان وهو الجزء الذي يرتكز على العظم اللامي ويقابل الجدار الأمامي لتجويف البلعوم ويساهم هذا الجزء بجزء محدود في النطق إلا أنه يؤثر في إنتاج الأصوات عن طريق تغيير شكل تجويف الحلق وحجمه (حسن عبد المعطي، وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٧).

الأسنان Tooth:

ويقسم علماء الأصوات الأسنان إلى قسمين:

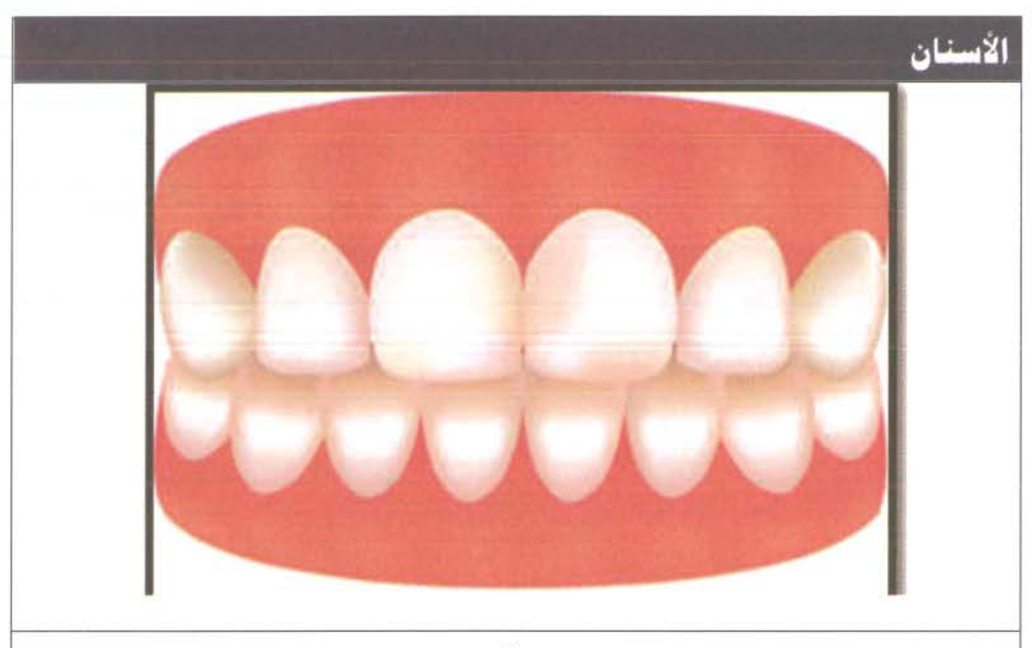
أ. الأسنان العليا:

وهي التي تشترك مع طرف اللسان في نطق صوت / ت / كما أنها تشترك مع الشفة السفلى في نطق / ف / وتشترك مع الأسنان السفلى وطرف اللسان في نطق صوت / ث /.

ب. الأسنان السفلى:

يحدث في بعض الأحيان أن يلامس طرف اللسان الأسنان العليا عند نطق / ت /، كما أن الأسنان السفلى تشترك مع العليا وطرف اللسان بينهما عن نطق صوت / ث /، / ذ /، / ظ / (حسن عبد المعطي، وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٧).

الأسنان



مصدر الصورة

http://cdn.xl.thumbs.canstockphoto.com/canstock13035165.jpg

وتعتبر الشفتان والفك من أكثر النواطق وضوحًا للعيان، وتشترك في إنتاج الصوامت والصوائت (الأصوات المهموسة والأصوات الجهورية) (جون بيرنثال؛ ونيكولاس بانكسون، ٢٠٠٩).

الشفتان: Tow Lips

وأهم العضلات التي تتحكم في الشفتين هي:

١. العضلة الوجنية الكبرى:

وتسحب زاويتي الفكين إلى الجانبين وتشترك في نطق بعض الأصوات مثل صوت/ س/.

٢. العضلات الرافعة:

للشفة العليا ولزاوية الفم ومهمتها عندما تتقلص ترفع لشفة العليا وتسحب زاوية الفم إلى أعلى وتشترك في إنتاج أصوات / س / وأيضاً / أ / في الإنجليزية.

الشفتان



مصدر الصورة

https://s3.amazonaws.com/cms-assets.tutsplus.com/uploads/users/33/posts/21217/image/9.jpg

٣. العضلات الخافضة:

للشفة السفلى ولزاوية الفم، وهي تحركها لأسفل، وكذلك تسحب زاوية الفم إلى أسفل وتنتج أصوات مثل / ك /، / هـ /، / ق /... وغيرها.

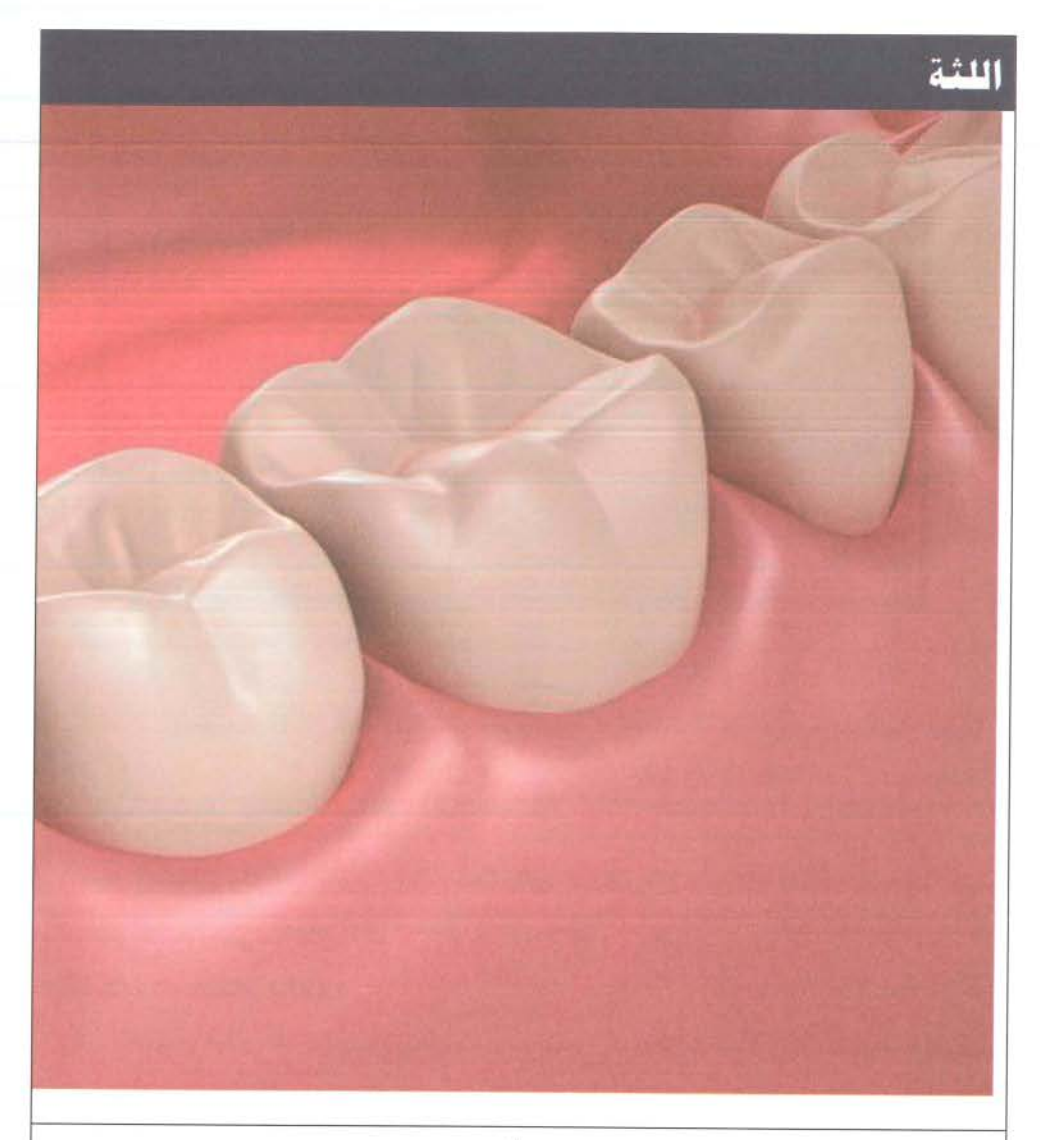
٤. العضلات المحيطة بالفم:

وهي تكون إطار للشفتين وتربطهما بالفكين السفلي والعلوي، وعندما تتقلص تلك العضلات تكون مهمتها الأساسية غلق الفم، ولها القدرة على ضغط الشفتين على الأسنان، وكذلك دفعهما إلى الأمام، وتشترك تلك العضلات في إنتاج صوت / ش /، / و / (حسن عبد المعطي، وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٧).

اللثة:

تساعد اللثة في إنتاج العديد من الأصوات، وعلى رأسها أصوات / ت /، / ن /، / ط /، / ز /، / س /.

اللثة



مصدر الصورة

https://s-media-cache-ak0.pinimg.com/736x/f0/c4/a4/f0c4a465a91c7a9bb6088280c45c7e91.jpg

الحنك الصلب: Hard Palate

وهو جزء عظمي ويشمل ثلثي الحنك من الأمام لذا يدعوه البعض أيضاً بالحنك الأمامي وذلك لوقوعه في مقدمة التجويف الفمي وهو يتسم بالصلابة نسبياً لفصل الفم عن الأنف (حسن عبد المعطي، وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٧).

الحنك الصلب



مصدر الصورة

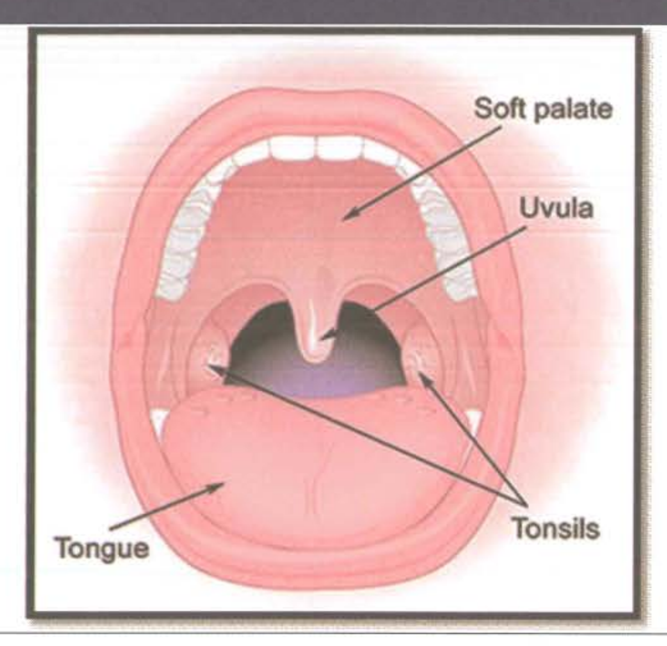
http://images.wisegeek.com/drawing-of-mouth-open-to-show-palate.jpg

الحنك اللّين: Soft Palate

سقف الحلق الليّن يُعرف أيضًا باسم "الطبق" Vellum، وهو تركيب عضلي مرن، يمتد من سقف الحلق الصلب مشكلاً معه سقف الفم، وصولاً على نقطة التقاء البلعوم الأنفي مع البلعوم الفمي في المنطقة الخلفية للفم (أحمد الدوايدة؛ وياسر خليل، ٢٠١١).

يقع في نهاية التجويف الفمي ويشمل الثلث الخلفي للحنك، ويعتبر الحنك اللين من الأعضاء المتحركة المرنة على خلاف الحنك الصلب، وتنقسم العضلات المتحكمة في الحنك اللين إلى:

الحنك اللين



مصدر الصورة

http://my.clevelandclinic.org/ccf/media/Images/HIC/mouth-diagram.jpg

١) العضلات الرافعة:

تلك التي تستخدم عند البلع حيث يتجه البلعوم الأنفي إلى رفع الإغلاق.

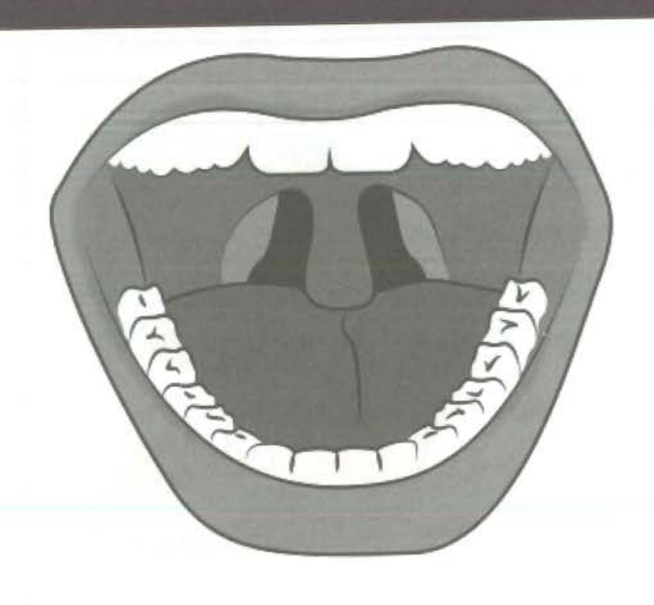
٢) العضلات الخافضة:

تلك التي تستخدم عند التنفس العادي حتى يظل برزخ البلعوم مفتوحاً (حسن عبد المعطي، وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٧).

اللهاة: Uvula

عضو لحمي صغير مخروطي الشكل يتدلى من الطرف الخلفي للحنك، وتساعد في نطق الأصوات الفمية / خ /، غ /، / ق /، وفي نطق الأصوات الأنفية / م /، / ن / (حسن عبد المعطي، وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٧).





مصدر الصورة

http://usercontent2.hubimg.com/12344197_f520.jpg

الفك السفلي:

يعد الفك السفلي هو العظمة الوحيدة القابلة للحركة من عظام الوجه وهو يتكون من إطار عظمي صلب ينتهي باللثة والأسنان من الأمام ويتصل بالوجه من خلال غضاريف وعضلات ونسيج خام تساعده على الحركة كي يغلق التجويف الفمي ويفتحه بالسرعة المناسبة لمقتضيات عملية النطق والكلام فعند نطق صوت / أ / نرى انخفاض الفك السفلي بينما يرتفع عند نطق صوت / ى / وهكذا لبقية الأصوات مع تفاوت درجة انخفاض الفك حسب طبيعة الصوت اللغوي، وعلى الرغم

من قدرة الفك السفلي على التحرك يميناً وشمالاً في اتجاه أفقي وكذلك القدرة على التحرك في الاتجاه الأمامي إلا أن الأهمية اللغوية لحركة الفك في عمليتي الإغلاق الفتح أما حركة الجانبية والأمامية فليس لهما نفس الأهمية في نطق الأصوات (حسن عبد المعطي، وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٧).

الفك السفلي

مصدر الصورة

http://encysco.blogspot.com/2013/01/blog-post_19.html

أعضاء الجسم الأخرى

يضم جسم الإنسان مجموعة أخرى من الأجزاء، إضافة إلى ما سبق ذكره من أعضاء وأجهزة كالجهاز العصبي؛ والجهاز البصري؛ والجهاز السمعي؛ والجهاز الصوتي؛ والجهاز النطقي، حيث تتكامل تلك الأجهزة مع أعضاء أخرى بالجسم مثل:

- الأصابع.
- اليدين.

- تعبيرات الوجه.
- حركات الجسم بوجه عام.
- الرأس.

ويمكن للإنسان التواصل بالإشارة فقط لتوصيل رسالة معينة إلى الآخرين، فكثير منا يلقي التحية باستخدام إشارة تحريك يده يمينًا ويسارًا، وكثير منا يُعبّر عن سعادته بابتسامة، وكثير منا يعبر عن الموافقة بهز رأسه لأعلى ولأسفل، .. وهكذا.

والمقصود هنا بأعضاء الجسم الأخرى المشتركة في عمليات التواصل، أي جزء من أجزاء الجسم خلاف تلك المذكورة ضمن الأجهزة السابقة، ولها وظيفتها في التواصل الإنساني، كالأصابع واليدين والذراعين والرأس، وتعبيرات الوجه، وغيرها.

أعضاء أخرى من جسم الإنسان تتعلق بالتواصل



وقد تمثل إشارات الأصابع أو تعبيرات الوجه وسائل مهمة للتواصل

مصدر الصورة

http://images.sciencedaily.com/2014/06/140605083453_1_900x600.jpg

خلاصة:

التواصل هو العملية التي يتم من خلالها تبادل المعلومات بين الأفراد، سواء بالكلمة المنطوقة أو المكتوبة أو بالابتسامة أو الإشارات أو الإيماءات، أو حركات الجسم، أو حركات اليدين، أو تعبيرات الوجه (نادية أبو السعود، ٢٠٠٨).

كما تتم عملية النطق بشكل أساسي من خلال حركة العديد من أجزاء جسم الإنسان، ولعل من أهمها: اللسان، والشفتان، والفك، ويمكن النظر إلى القناة الصوتية على أنها أنبوب مرن يمكن إطالته أو تقصيره (من خلال تحريك الحنجرة إلى الأعلى والأسفل في الرقبة، أو من خلال دفع الشفتين إلى الأمام أو إرجاعهما)، وتضييقه في نقاط معينة على امتداده نتيجة حركة اللسان والصمام الطبقي البلعومي والشفتين وهكذا، فعملية النطق عبارة عن إطالة الأنبوب الذي يعرف بالقناة الصوتية أو تقصيره أو تضييقه (جون بيرنثال؛ ونيكولاس بانكسون، ٢٠٠٩).

واضطراب التواصل هو إعاقة لقدرة الفرد على استقبال المفاهيم أو الرموز وإرسالها ومعالجتها وفهمها سواء كانت رموزًا منطوقة أو غير منطوقة أو مرئية، ويمكن أن يظهر في عمليات الكلام أو السمع واللغة أو في الكلام والسمع واللغة معًا، وذلك على النحو التالي:

- اضطراب الكلام: خلل في نطق الأصوات الكلامية (استبدال- حذف- تشويه- إضافة أصوات)؛ أو في الطلاقة (معدل تدفق الكلام)؛ أو في الصوت (الطبقة- العلو- الصفة).
- اضطراب اللغة: خلل في الاستيعاب أو في استخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة، أو في أنظمة التشفير (دانييل هالاهان؛ وجيمس كوفمان؛ وبييج بولين، ٢٠١٣: ٢٦٣)

التكامل بين أجهزة جسم الإنسان في عمليات التواصل

ومن المناسب أن نفترض تحكم وحدات مستقلة مثل الفونيمات بإنتاج الكلام في المنطقة العليا نسبيًا من الدماغ. ولكن المشكلة الأساسية في وصف نطق الكلام تكمن في ربط هذه الوحدات اللغوية المستقلة التي تعمل في المنطقة العليا من الدماغ بالانقباضات العضلية المسئولة عن إنتاج الحركات النطقية، فعلى سبيل المثال،

لكي يقول المتكلم كلمة "قف" يجب على دماغه أن يرسل تعليمات عصبية بالتسلسل الصحيح إلى عضلات الجهاز التنفسي، والحنجرة، واللسان، والشفتين، والصمام الطبقي البلعومي، ولذلك فإن الفهم الكامل لعملية إنتاج الكلام يتضمن معرفة:

- الفونولوجيا (وهي دراسة كيفية تآلف الأصوات مع بعضها لتكوين كلمات ووحدات لغوية أخرى).
- والصوتيات النطقية (وهي دراسة كيفية إنتاج النواطق للأصوات المنفردة).
- والصوتيات الفيزيائية (وهي دراسة العلاقة بين النطق والإشارات الفيزيائية للكلام).
- وإدراك الكلام (وهو دراسة كيفية اتخاذ القرارات الصوتية من خلال الإشارات الصوتية الفيزيائية) (جون بيرنثال؛ ونيكولاس بانكسون، ٢٠٠٩).

الفصل الثالث

العوامل المؤثرة في تطور عملية النطق

تمهيد

العوامل المؤثرة في تحديد السن الذي يبدأ فيه الطفل عملية النطق:

* سلامة أعضاء النطق
* الفروق بين الجنسين
* الفروق الفردية
* التعزيز من جانب الوالدين
* المثيرات الثقافية
* المثيرات البيئية
* الحالة الاجتماعية – الاقتصادية للأسرة
* علاقة الوالدين بالطفل
* معامل ذكاء الطفل



الفصل الثالث

العوامل المؤثرة في تطور عملية النطق

تمهيد:

بادئ ذي بدء يمكن القول أن هناك عوامل عديدة تؤثر في تطور عملية النطق، ومنها: تحديد السن الذي يبدأ فيه الطفل النطق، وكمية حصيلته اللغوية، وقدرته على استخدام هذه الحصيلة اللغوية استخداما وظيفيا سليما، ويناقش الفصل الحالي العوامل المتعددة التي تؤثر في ذلك:

(١) سلامة أعضاء النطق:

إن عملية النطق تعد مهارة دقيقة يشترك فيها كثير من أجهزة جسم الإنسان كالجهاز التنفسي والجهاز الصوتي (الحنجرة والأوتار الصوتية) وأجهزة الرنين (كالتجويف البلعومي، والتجويف الأنفي، والتجويف الفمي)، وأجهزة النطق (الحنك والأسنان، واللسان والفك السفلي والشفتان)، ليس هذا فحسب، بل يشترك في عملية النطق أيضا: الجهاز العصبي (ممثلا في المخ)، وما يحتويه من مراكز السمع، وفهم الكلام المسموع، ومراكز مسئولة عن النطق، بالإضافة إلى جهاز السمع المسئول عن استقبال الكلام ونقله إلى المخ، وفي ضوء ما سبق يمكن القول أن أي خلل في أي جهاز من الأجهزة السابقة يمكن أن يؤثر بشكل أو بأخر في قدرة الطفل على النطق، وذلك تبعا لعدة عوامل هي:

أ) شدة الإصابة.

ب) العمر الذي حدثت فيه الإصابة.

جـ) مكان أو موضع الإصابة.

د) العلاقة المباشرة أو غير المباشرة بين موضع الإصابة وقدرة الطفل على النطق الصحيح للأصوات اللغوية.

ولنضرب لذلك – مثلا – بأن إصابة الطفل بالإعاقة السمعية، تؤثر تأثيرا سلبيا وواضحا على جميع جوانب النمو اللغوي لدى الطفل الأصم؛ فالطفل المعوق سمعيا إذا لم تتوفر له الفرصة المناسبة للتدريب المنظم والمكثف لن تتطور لديه مظاهر النمو

اللغوي، ويمكن أن يصبح الطفل أبكم في المستقبل، ويعزى ذلك إلى غياب التغذية الراجعة السمعية عند صدور الأصوات، وعدم الحصول على تعزيز لنطقه من جانب الآخرين المحيطين به، وحتى في حال اكتساب هذا الطفل المهارات اللغوية، فإن لغته تتصف بكونها لغة غير ثرية (فقيرة في حصيلتها) مثل لغة الأطفال الآخرين العاديين (السامعين). وكذلك تكون لغة هذا الطفل محدودة، وألفاظه تتصف بالتمركز حول الأشياء المحسوسة والملموسة، وتكون جملة قصيرة، وأقل تركيبًا وتعقيدًا، أما كلامه فيبدو بطيئا ونبرته غير عادية.

(٢) الفروق بين الجنسين: Sex Differences

يقصد بالفروق بين الجنسين (أو الفروق الجنسية) تلك الفروق التي توجد بين الذكور والإناث في السلوك. ويحرص كثير من الباحثين على بيان الفروق الجنسية في متغيرات البحوث التي يقومون بإجرائها، وقد أكدت بحوث ودراسات علمية عديدة أن البنات يكن أسرع وأسبق من البنين في النطق الصحيح، وأن من المؤشرات الدالة على ذلك أن عدد الأطفال الذكور الذين يحتاجون لعلاج اضطرابات النطق أكثر من عدد البنات اللاتي ينطقن بوضوح في السنوات المبكرة.

وفي دراسة أجرتها " كاترين نيلسون " K , Nelson.، تبين أن البنات يسبقن البنين في نمو الكلمات خاصة في السنوات الأولى، حيث وجدت أن البنات في عينة دراستها يسبقن البنين بأربعة أشهر في تنمية الخمسين كلمة الأولى، كما أن البنات يتفوقن على البنين في هذه المرحلة العمرية في كل مواقف اللغة كبداية الكلام، وعدد المفردات، كما أنهن كن أكثر تساؤلا، وأكثر إبانة، وأحسن نطقا (إيهاب الببلاوي، ٢٠٠٥: ٦٦).

(٣) الفروق الفردية: Individual Differences

هي الفروق في النمو التي ترجع إلى الوراثة والبيئة، وهي التنوعات أو الانحرافات عن المعدل أو المستوى المتوسط للجماعة، وذلك بالنسبة لكل من السمات والخصائص الجسمية أو العقلية التي تتجلى لدى الأفراد من أعضاء الجماعة نفسها. إنها فروق بين أفراد ينتمون إلى جماعة واحدة، وتشير إلى التباين أو التفاوت بينهم

على صعيد القدرات والاستجابات والاستعداد العقلي وتلعب دورها في التعلم والتذكر والذكاء (أسعد رزق، ١٩٧٩ : ٢٣٦).

ومع أن الباحثين قد حددوا مراحل اكتساب اللغة لدى الأطفال فإن السمة الأساسية لاكتساب اللغة هي أن كل طفل لديه طريقة خاصة يكتسب بها اللغة بطريقة مختلفة عن الآخرين، وتظهر الفروق الفردية في معدل الاكتساب، واكتساب سمات محددة للغة، ذلك أن بعض الأطفال يكون أبطأ من أقرانه، وأن الكلمات لدى بعض الأطفال تكون أكثر وضوحا منها لدى البعض الآخر. وبعض الأطفال يستخدمون الإيماءات أكثر من غيرهم، وبعضهم يصر على استخدام كلمات مفردة لمدة أطول من الآخرين الذين يبدأون بسرعة في جمع الكلمات في شكل جمل وبعض الأطفال يخطئ في ترتيب الكلمات أكثر من بعضهم الآخر.

ويذكر " إيهاب البيلاوي " (٢٠٠٥ : ٦٧) أنه عند مقارنة الأطفال، فيما يتعلق بالفروق الفردية بينهم في اكتساب اللغة بطبيعة الحال، وجد أن أكثر الأطفال استعدادا للتكلم يتكلمون أكثر فأكثر، وأنه من خلال الاعتماد على الطفل كفرد، فإن الكلام من الممكن أن يتميز بالاختصار أو التفصيل، وهكذا يختلف معدل النمو اللغوي من طفل لآخر، مثل أي مظهر من مظاهر النمو الأخرى، حيث أن مدى الاعتدالية في هذا المجال واسع وكبير إلى حد ما.

والذي لاشك فيه أن قدرة الأطفال على النطق الصحيح لا تبدأ في سن واحدة، بل إن هناك فروقا فردية واسعة في الوصول إلى هذه المرحلة، ذلك أن هناك من الأطفال من يكون بمقدوره أن يتكلم في سن خمسة عشر شهرا، وفي المقابل هناك من الأطفال من يتمتعون بنفس القدر من الذكاء، بيد أنهم لا يتكلمون إلا عندما يصلون إلى سن الثانية. ولهذا يمكن القول أن مدى الاعتدالية في مجال نمو النطق تتراوح ما بين ثمانية أشهر إلى ثمانية عشر شهرا.

(٤) التعزيز من جانب الوالدين Parental reinforcement

إن ما يقدمه الوالدان لطفلهما من دعم وتشجيع، خلال مراحل نموه بصفة عامة، وأطوار نطقه بصفة خاصة يلعب دورا أساسيا في اكتساب النطق على نحو صحيح، بل

في تعديل وتغيير النطق غير الصحيح، وفي المقابل من ذلك، نجد أن طفلا يحصل على الدعم والتشجيع من جانب الوالدين للتعبير عما يجول بخاطره، ولكنه لا يجد التعزيز والحافز الذي يدفعه إلى تعديل نطقه للأصوات اللغوية. ونظرا إلى أن الأطفال يميلون إلى التعبير عن أنفسهم بكلمات قليلة، أو حتى بالإشارة، فإن عدم الاستجابة الفورية من أفراد الأسرة المحيطين بالطفل تكون سببا في عدم تمرين الطفل على النطق السليم، وفي مثل هذه الحالات يصبح من الصعب تغيير نطق الطفل، بعد أن تكون هذه النماذج الخاطئة للنطق قد ترسخت، وأصبحت هي النمط السائد لنطق الطفل.

(٥) المثيرات الثقافية: Cultural Stimulants

يتأثر نطق الطفل بعدد الخبرات ونوع المثيرات الثقافية والبيئية التي يتعرض لها في بدايات النطق لديه. فهناك البيئة الغنية بالمثيرات الثقافية وهي تلك التي يتوفر فيها التليفزيون، والكاسيت، والألعاب اللغوية، والمجلات والجرائد، والكتب، والمناقشات العلمية والثقافية بين أفراد الأسرة. وفي المقابل من ذلك، هناك البيئات الفقيرة ثقافيا، وهي تلك البيئات المحرومة من كافة المثيرات السابقة. والذي لاشك فيه أن معيشة الطفل في بيئة من النوع الأول الغنية بالمثيرات الثقافية تسهم بدرجة كبيرة في تحسين نطق الطفل، وفي إكساب حصيلة لغوية ثرية مليئة بذخيرة لغوية ضخمة.

(٦) المثيرات البيئية Environmental stimulants

تشير " أحلام البنا " (١٩٩٥: ٢٥) إلى أن البيئة هي المصدر الأساسي لتوفير الأصوات التي يستقبلها الطفل، ويتفاعل معها، ومن ثم يكون حصيلته اللغوية منها، فإذا حرم الطفل من مصادر أصوات الكلام، بعد مولده، يؤدي ذلك الحرمان اللغوي إلى اضطرابات كلامية واضحة، مثل إيزابيلا وكامالا، طفلي غابة أفيرون إذ لم يستطيعا ممارسة الكلام البشري وكانا يصدران أصوات الحيوانات المحيطة بهما.

(٧) الحالة الاجتماعية – الاقتصادية للأسرة Familial socio – Economic status

يرتبط هذا العامل بالعاملين السابقين – أي بالمثيرات الثقافية والبيئية – حيث أكدت نتائج البحوث والدراسات أن الأطفال الذين يعيشون في أسر تنتمي إلى

المستويات الاجتماعية – الاقتصادية المرتفعة يتمتعون بنطق سليم وحصيلة أكبر من الألفاظ، ويستعملون جملا أطول، وأكثر نضجا من حيث الشكل، من تلك التي يستخدمها الأطفال في مستوى معيشي أقل، وقد يرجع ذلك إلى ما سبقت الإشارة إليه، أي إلى التنوع والتباين والاختلاف في الخبرات والفرص الثقافية والمثيرات التي تقدمها البيئات الغنية ثقافيا.

(٨) علاقة الوالدين بالطفل: Parent – Child relation

تلعب العلاقة بين الطفل ووالديه دورا جوهريا مؤثرا في النطق السليم، وثراء الحصيلة اللغوية لديه، فالعلاقة السوية الحميمة بين الأم والطفل، وتكرار الأم للأصوات التي يصدرها، وتشجيعه على إصدار الأصوات، والتلفظ بالكلمات، والتفاعل بين الأم والطفل خلال الحياة اليومية العادية، كل ذلك يشجع الطفل على تعلم النطق بشكل أسرع وأكثر دقة. وفي المقابل من ذلك نجد أن الطفل الذي يحرم من مثل هذه العلاقة وتلك التفاعلات نتيجة لوفاة الأم، أو سفرها الدائم، أو انفصال الوالدين، وما يترتب عليه من مشكلات بين الزوجين، وما إلى ذلك من أحداث، أو اضطراب العلاقة بين الأم والطفل لأي سبب من الأسباب، أو نشأة الطفل في المؤسسات والملاجئ، كل ذلك يؤدي إلى انعدام شعور الطفل بالأمان، وافتقاده إلى التوافق العاطفي، في داخل بيئة الأسرة، وهذا يقود الطفل إلى الميل للعزلة، والشعور بالإحباط، وفقدان الثقة بالآخرين. مما يلقي بظلاله على نطق الطفل، ويكون له أكبر الأثر في مشكلات النطق لديه. وفي جملة واحدة، يمكن القول أن المناخ الأسري الذي يتمتع بالاستقرار، أو على العكس المناخ الأسري دائم التوتر، يمثلان عوامل ذات علاقة وثيقة في نمو النطق السليم من عدمه لدى الأطفال.

وارتباطا بما سبق، يذكر " عادل الأشول " (١٩٩٣: ٧٧) أن فشل الوالدين في أن يكونا مصدر الأمن والشعور بالطمأنينة عند الطفل، وهما المفروض أن يكونا المنبع الأصيل للعواطف والمشاعر الإيجابية التي يحتاجها الطفل في نموه على المستويين الانفعالي والاجتماعي يمثل سببا جوهريا في النطق السليم. إذ يحدث – في بعض الأحيان – خاصة عندما يكون هناك صراع علني، أو صراع خفي بين الوالدين نتيجة لعدم

نضجهما الانفعالي أو الاجتماعي، أن يفشلا في توفير الحب المستقر والدائم وغير المشروط لطفلهما، بل قد يحاول كل منهما أن يجذب الطفل إلى صفه ضد الطرف الآخر، ويعرف الطفل بفطرته أنه إذا انحاز إلى طرف فإنه يخسر الطرف الآخر، مما يوقعه في حال من الصراع والحيرة. وهذا الموقف لا تقتصر نتائجه على حرمان الطفل من العاطفة الإنسانية الوالدية فقط، بل إنه يوقع الطفل في حال من القلق والتشوش، وتجعله يتعثر في تعبيره اللغوي ويعاني من عيوب النطق والكلام.

(٩) معامل ذكاء الطفل: Child Intelligence quotient

أثبتت البحوث والدراسات ذات الصلة بنطق الطفل أن معامل الذكاء يمثل أحد مقومات النطق السليم، وضربوا مثلا للدلالة على ذلك، فيما تسببه الإعاقة العقلية من تأخر الطفل في جميع مظاهر النمو اللغوي، وما تفضي إليه من صعوبات في النطق، حيث يلاحظ بوضوح ظاهرة الحذف والإبدال، والتحريف أو التشويه، في الكلام والإضافة إليه، فضلا عن تداخل المقاطع، واستخدام ألفاظ لا علاقة لها بالموقف.

الفصل الرابع
اللغـــــة

تمهيد

أولا – مفهوم اللغة

ثانيا – وظائف اللغة

ثالثا – جوانب اللغة

رابعا – نظريات اكتساب اللغة

كلمة ختامية



الفصل الرابع

اللغة

تمهيد:

تعد اللغة أرقى ما لدى الإنسان من مصادر القوة والتفرد، والإنسان وحده دون غيره من الكائنات هو الذي يستخدم الأصوات المنطوقة في نظام محدد ليحقق التواصل مع أفراد جنسه، وتعتبر لغة البشر أعقد مظاهر السلوك لديهم، وكل طفل في أي مجتمع قادر على اكتساب اللغة التي يتحدث بها أفراده بسهولة، وفي فترة وجيزة، بشرط سلامة جهازه السمعي والكلامي (جمعة يوسف، ٢٠٠٠).

إن كلمة " لغة " بمعناها العام هي وسيلة للتعبير والتفاهم والتواصل بين أفراد جماعة ما. وإذا كانت اللغة تدل على وسيلة الإنسان للتعبير عن أفكاره، وانفعالاته، ورغباته، فإن هناك استعمال لغة على نحو مجازي عندما نتحدث عن لغة الجسم، ولغة العيون، ولغة الزهور، وما إلى ذلك، وكلمة لغة في الحقيقة تشتمل على كل ما يمكن أن يعبر به الإنسان عن فكرة، أو انفعال، أو موقف، أو رغبة معينة، فالصورة لغة، والأشكال لغة، والأجسام والحركات الجسمية لغة، والإشارات البصرية والسمعية لغة، وحركات الأصابع لغة، والألحان والنغمات الموسيقية لغة، ويمكن استخدام كل أعضاء الحواس في خلق لغة، فهناك لغة الشم، ولغة اللمس، ولغة البصر، ولغة السمع، وضغط شخص على يد شخص آخر لغة.. الخ. إذن فاللغة الوضعية التي يمكن أن يصطلح على دلالاتها، أدواتها، وأشكالها، يمكن أن تكون رموزا أو أصواتا، أو إشارات، أو صورا أو ألوانا، أو خطوطا، أو أشكالا، أو ألفاظا أو مقاطع صوتية، وعبارات، وما إلى ذلك مما يمكن الاتفاق على دلالته بالنسبة لمعنى معين (سهير شاش، ٢٠٠٧: ٣٣)

كما أن من أهم الإمكانات التي يتفرد بها الإنسان مقدرته الفذة على استخدام الرموز واستخدامه الهائل للغة غنية بالمضمون، وإذا كانت هناك كائنات حية تستجيب للرمز، فإن قدرتها على الاستجابة تكشف فقط عن الاستجابة لمتغيرات فورية ومباشرة. أما الإنسان فإنه يستخدم الرموز بناء على خطط لجمع الأحداث

الماضية، ولتناول الأشياء التي قد لا تكون حاضرة ماديا، ولتوجيه الخبرة والنظرة نحو المستقبل. فقدرة الإنسان على استخدام الرموز هي التي تجعله المخلوق الوحيد الذي يستطيع تناول الأشياء في حضورها، وأيضا في غيابتها (إدوارد شوبان، ١٩٧٨).

واللغة نظام أو أداء يمكننا من إيجاد رابط بين خبراتنا ومعارفنا، وتلك التي لدى الآخرين، وتعتبر خبرة التواصل اللغوي – في حد ذاتها – خبرة إيجابية لدى كثير من الأفراد. وتسهم اللغة أيضا في تشكيل حياتنا الثقافية بأن تمكننا من تأليف الأعمال الأدبية، وتتبدى أهمية اللغة أيضا في إمكانية نقل المعلومات الخاصة بالواقع من جيل إلى جيل، فتلعب اللغة دورا ما في كثير من الأنشطة البشرية، الأمر الذي يجعلنا نعتمد عليها في كثير من الأمور (كريستين كمبل، ٢٠٠٢).

اللغة – إذن – نشاط عقلي يتميز بالرقي، يعمل كشرط أساسي لتنظيم العمليات العقلية المعرفية، وكوسيط حتمي للتواصل الإنساني، فباللغة يستطيع الإنسان أن يجرد هذا الوجود المادي والإنساني في خصائص وعلاقات وقوانين، وأن يتحقق له الوعي بهذا الوجود، والتحكم فيه على أساس انعكاسه في شكل رموز وكلمات. وتتسم لغة الإنسان بالتعقيد والابتكارية بما لا يضاهيها أي شكل آخر من أشكال التواصل لدى الحيوانات المختلفة (صفاء حمودة، ٢٠٠٩: ٢٦٤).

والإنسان لا يستخدم اللغة لمجرد الإشارة إلى حالات شعورية، بل تستخدم بشكل متبادل لتشكيل عقول بعضهم البعض. فاللغة جهاز متقن لوصف الأماكن، والأشخاص، ونسج القصص الخيالية. وهي طريقة فعالة لنقل الأخبار للآخرين، ونقل الخبرة، وبمشاركة خبراتنا يصبح التعلم أكثر كفاءة، وفي هذا الصدد يذكر " مايكل كورباليس" (٢٠٠٦) أن هناك خاصية بالغة الأهمية للغة، تبدو في تميزها (وتفردها) عن كل أشكال التواصل الأخرى، ألا وهي قدرتها البنيوية، ففي حين يبدو أن كل أشكال التواصل الأخرى بين الحيوانات محدودة في عدد صغير نسبيا من الإشارات، وتقتصر على سياقات محددة، نجد أنه ليس هناك حد لعدد من الأفكار والاقتراحات التي يمكن نقلها مستخدمين الجمل، ونستطيع أن نفهم على الفور جملا مؤلفة من كلمات لم يسبق لنا قط أن سمعناها من قبل.

وخلاصة القول " أن اللغة هي وسيلة الاتصال بين الناس، وتعد أساسا مهما للحياة الاجتماعية، فهي وسيلة الإنسان في التعبير عن انفعالاته، ورغباته، ومشاعره، فمن خلالها يحاور ويخالط الآخرين، ويقوي علاقاته مع أعضاء أسرته، وأفراد مجتمعه، فاللغة ليست مجرد أصوات مسموعة، وإنما هي معنى يدل على الأشياء، والأشخاص، والموضوعات، فالكلمات المنطوقة التي لا تحمل معنى لا قيمة لها على وجه الإطلاق (إيهاب الببلاوي، ٢٠٠٣).

أولا: مفهوم اللغة: Language Concept

اللغة هي القدرة على التواصل مع الآخرين، بما في ذلك كافة أشكال التواصل وأنواعه، وتشمل اللغة طبقا لذلك أشكالا مختلفة ومتنوعة من التواصل مثل: الكلام، الكتابة، العلامات، الإشارات، تعبيرات الوجه، وحتى البانتوميم (التعبير الصامت بالحركة)، والفن وما إلى ذلك من أشكال التواصل، وكل ما سبق يعتبر لغة وأسلوبا للتواصل.

وعلى الرغم من اتساع مفهوم اللغة، فإن مدلولها الذي تنصرف إليه الأذهان عند الحديث عن لغة الإنسان هو أنها مجموعة الأصوات التي تتركب من الألفاظ والكلمات التي بدورها تتركب منها العبارات والجمل التي تنطق أو تكتب، وفي الفقرات التالية يعرض المؤلفون جانبا من تعريفات اللغة ثم يستخلصون منها بعض النقاط المحورية، وذلك على النحو التالي:

يعرف " عبد اللطيف خليفة " (١٩٨٦) اللغة بأنها وسيلة تواصل تشمل مظهرين من مظاهر الاتصال، هما الاستقبال والإرسال. واللغة عند " سيد الطواب " (١٩٨٦) في معناها الخاص تشير إلى الصور اللفظية المعروفة، كما تتكون من كلمات وجمل وقواعد ومعان، وهي مظهر من مظاهر النمو العقلي، والتحضر الإنساني، كما أنها وسيلة من وسائل التفكير والتذكر، والتخيل.

وتؤيد " ليلى كرم الدين " (١٩٨٩) فكرة أن اللغة نظام من الاستجابات يساعد الفرد على أن يتصل بغيره من الأفراد، أي أن اللغة تحقق وظيفة الاتصال بين الأفراد بكافة أبعاد عملية الاتصال وجوانبها. ويعرف " جابر وكفافي " (١٩٩١: ١٩١٨) اللغة

بأنها أي وسيلة لفظية أو غير لفظية من وسائل التعبير عن الأفكار والمشاعر، وهي وسيلة للاتصال والتواصل. وهي نسق من الرموز الاتفاقية للتواصل بين الكائنات الحية. قد يقصد باللغة نظام للتعبير ونقل المعلومات بين الناس والآلات (الحاسوب). وهناك لغات خاصة كلغة القانون ولغة الاقتصاد.. الخ.

ويعرف " فتحي يونس " (١٩٩٠: ١٢١) اللغة بأنها الإنتاج الأكثر غموضا للعقل، والأعظم خطورة في نفس الوقت، وبدون اللغة لا يستطيع الفرد أن يكون أفكارا، أو أن يعبر عنها. واللغة نظام من الرموز يتسم بالتحكم والانتظام والتمسك بالقواعد، مع وجود قواعد لتجميع هذه الرموز، ويشير " أحمد المعتوق " (١٩٩٦) إلى أن اللغة قدرة ذهنية تتكون من مجموع القواعد اللغوية بما فيها المعنى والمفردات، والأصوات، والقواعد التي تنظمها جميعا، وهذه القدرة تكتسب، ولا يولد بها الإنسان، وإنما يولد ولديه الاستعداد الفطري لاكتسابها.

ويعرف " جمال الخطيب ومنى الحديدي " (١٩٩٧: ٣١٦) اللغة بأنها النظام الرمزي الكلي المستخدم في التواصل. وهذا النظام متفق عليه، وهو يشمل إعطاء المعاني للأصوات والكلمات، والإيماءات، والرموز الأخرى. وعلى ذلك فاللغة قد تكون منطوقة، وقد تكون إشارية أو إيمائية. ويعرف " سعيد إبراهيم " (٢٠٠١) اللغة بأنها مجموعة رموز متفق عليها سواء كانت منطوقة أو مكتوبة، تمثل الأفكار المكتسبة عن العالم من خلال نظام اصطلاحي، وتستخدم في التواصل بين الأفراد، أي في التفاهم فيما بينهم، ويعقب " البطاينة وآخرون " (٢٠٠٧: ٥٠٩ – ٥١٠) على هذا التعريف بقولهم أنه يمكن تحليل هذا التعريف كما يلي:

(١) اللغة مجموعة رموز متفق عليها: مثلا هذا الشيء (صورة لتفاحة) في اللغة العربية يطلق عليها اسم تفاحة، وفي اللغة الإنجليزية يطلق عليها Apple، وفي اللغة الهندية، واللغة الإسبانية، واللغة الفرنسية...الخ يطلق عليها أسماء مختلفة.

(٢) اللغة تمثل الأفكار المكتسبة عن العالم: فالرموز اللغوية لا يكون لها قيمة، إلا إذا كانت تمثل أشياء أو أحداث أو أفكار لمن يتكلمها أو يستمع لها، فمثلا الرمز اللغوي (برتقالة) تستخدم في الإشارة إلى شيء نعرفه.

(٣) اللغة نظام: وهذا يعني أن لكل لغة نظام، مثل كيفية ارتباط الأصوات مع بعضها لتكوين كلمات (مثل حرف " ظ " لا يأتي بعد حرف " ط " في الكلمة. ومثل كيفية انتظام الكلمات لتكوين جمل.

(٤) اللغة اصطلاحية أو عرفية، أي يتفق الأفراد الذين يتكلمون لغة واحدة فيما بينهم على أشكال أو رموز معينة. وبهذا يحدث التطابق بين الشكل والمعنى في اللغة. ومن هنا كانت الطرق التي نستخدم بها اللغات هي حقائق اتفاقية (اصطلاحية).

(٥) اللغة للتواصل أو للتفاهم: فبدون اللغة لا يستطيع الأفراد التفاهم فيما بينهم، ولا التعبير عن أفكارهم لغيرهم.

ويعرف " شحاتة والنجار " (٢٠٠٣ : ٢٤٧) اللغة بأنها مفهوم مثالي يشير إلى الذخيرة المخزونة في عقول الناطقين، والتي تمكنهم من إنتاج الكلام وفهمه، أما الكلام فهو مجموع ما يقوله الناس، فهو المظهر الاجتماعي للغة. واللغة أكبر من الكلام، فمهما بلغ حجم عينة من المنطوقات.. فإنها لا تمثل "اللغة ". وورد في تعريف اللغة أنها أصوات يعبر بها كل قوم عن أغراضهم. ويعرف " إيهاب الببلاوي " (٢٠٠٦ : ٢٤) اللغة بأنها عبارة عن نظام من الرموز، تستخدم كوسائل للتعبير أو التواصل مع الآخرين، وهي تتضمن اللغة اللفظية (المنطوقة أو المكتوبة أو المسموعة)، واللغة غير اللفظية (كلغة الإشارة وتهجئة الأصابع، وقراءة الشفاه، ولغة برايل... وغيرها). وقد تأخذ شكل رموز معينة كتلك التي يستخدمها البحارة، أو التي تستخدم في نقل رسائل التليغراف (رموز مورس).... وغيرها، ويعرف " البطاينة والجراح وغوانمة " (٢٠٠٧ : ٥٠٩) اللغة على أنها نظام من الرموز يتسم بالتحكم والانتظام والتمسك بالقواعد، مع وجود قواعد لتجميع هذه الرموز، والهدف من اللغة هو تواصل الأفكار والمشاعر بين الأفراد.

وبالرجوع إلى تعريفات عديدة سابقة، استخلصت " هنادي القحطاني " (٢٠١١ : ٥١) تعريفا للغة يتمثل في أن اللغة:

- أحد أشكال التواصل المعتمد على استخدام الكلمات وغيرها من الرموز.

- هي الوسيلة التي نستخدمها لتنظيم أفكارنا والتعبير عن حاجاتنا.
- نظام من الرموز يتسم بالتحكم والانتظام والتمسك بالقواعد.
- هي وسيلة تواصل تشمل مظهرين من مظاهر الاتصال هما: الاستقبال والإرسال.
- هي مظهر من مظاهر النمو العقلي والتحضر الإنساني.
- وسيلة من وسائل التفكير والتذكر والتخيل.
- هي نوعين: لفظية وغير لفظية.
- قدرة ذهنية تتكون من مجموع القواعد اللغوية بما فيها المعاني، والمفردات والأصوات، والقواعد التي تنظمها جميعا.

وتحت عنوان مفهوم اللغة يذكر " إيهاب الببلاوي " (٢٠٠٦: ١٢٥ – ١٢٦) أنه نظرا إلى أن دراسة اللغة تدخل ضمن دائرة اهتمام كل من علماء النفس، وعلم اللغة بكافة فروع هذين العلمين، فإن تعريفات اللغة تختلف اختلافا كبيرا من مجال إلى آخر، وتعتمد على اهتمام المتخصص وانتمائه، وإطاره المرجعي، بالإضافة إلى ذلك نجد أنه بسبب تعقد العمليات اللغوية، وتعدد الوظائف التي تؤديها اللغة، فإن تعريفات اللغة تختلف أيضا بسبب ميل مختلف العلماء للتركيز على واحدة أو أكثر من الوظائف التي تؤديها اللغة عند تعريفهم لها.

وهكذا يمكن تعريف اللغة في ضوء ثلاث وجهات للنظر وذلك على النحو التالي:

الأولى – اللغة من وجهة النظر النفسية:

ومن وجهة النظر النفسية تقسم " ليلى كرم الدين " (١٩٩٠) اللغة إلى قسمين:

(١) قسم ظاهري: كالكلمات والحروف والأصوات اللغوية، والإيماءات أو الإشارات، والتعبيرات الوجهية... وغيرها.

(٢) قسم غير ظاهر (داخلي): وهو الذي يمثل الجزء الأعظم من اللغة، ويتكون من التآزرات العصبية العضلية بين أعضاء الكلام المختلفة، وتكوين المخ، وربطه ببعضه البعض، وبالخبرات السابقة، وإعطائه معنى، بالإضافة إلى ذلك هناك استقبال الكلام لدى السامع، والربط بين العلاقة والخبرة الماضية وغيرها من

العمليات الفسيولوجية والسيكولوجية المتضمنة في عمليات اكتساب ونطق الكلمات إراديا.

ويذكر " إيهاب الببلاوي " (٢٠٠٦ : ١٢٦) تعريف اللغة من الوجهة النفسية كما ورد في قاموس أكسفورد (Oxford Dictionary, 2000) بأنها:

- نظام الاتصال في الكلام والكتابة الذي يستعمل من قبل الإنسان في بلد ما.
- طريقة التعبير عن الأفكار والمشاعر باستخدام الحركات والرموز والأصوات والإيماءات.
- استعمال البشر لنظام الأصوات والكلمات للتواصل.

كما تذكر " زينب شقير " (٢٠٠٢:) تعريفا نفسيا للغة ينص على أنها رموز عامة يشترك فيها الجميع، ويتفقون على دلالتها، ويمثل سيادة الرمز الجماعي ارتقاء اللغة، أي أنه يحقق قدرا من قبول الذات وقبول الآخرين، وإذا قل هذا القدر من القبول عن حد معين، اضطربت عملية التواصل بين الفرد والآخرين، بل بين الفرد ونفسه أيضا.

الثانية – اللغة من وجهة النظر التربوية:

يمكن تعريف اللغة من وجهة النظر التربوية بأنها " مجموعة منظمة من العادات الصوتية، وسمة إنسانية ذات طبيعة صوتية تحمل معاني في نظام خاص، وهي سلوك مكتسب نام ومتطور، وفي حالة تغير دائم " (فتحي يونس وآخرون، ١٩٨١) ويقصد بكون اللغة سلوك مكتسب أن العادات اللغوية المختلفة يكتسبها الفرد من المجتمع الذي يعيش فيه، ومن هنا تأتي أهمية البيئة الاجتماعية، والتربية المنظمة في اكتساب الفرد للغة وفي تطور عادات استخدامها. أما كون اللغة نامية وفي حالة تغير دائم فيقصد بها: أنه يمكن ملاحظة التغير في أنظمة الأصوات، والقواعد، والمفردات من جيل إلى جيل، ومن إقليم إلى آخر، وانتقال المعاني من ميدان إلى آخر، ومن معنى إلى معنى آخر خاص، ووجود معاني حقيقية وأخرى مجازية، وقد يكون للكلمة أكثر من معنى، وقد تؤدي عدة كلمات إلى معنى واحد.

واللغة عنصر فعال في تحقيق التواصل، بل هي أداة التواصل الرئيسية، فهي المرآة التي تعكس الفكر، وتحدد نطاق تفكير الفرد وقدرته على وضع الرموز وفكها، لذلك يعرف البعض اللغة بأنها وسيلة للتعبير عن الأفكار، وتوصيلها، أو تبادلها، فالكلمات ليست إلا رموزا تدل على أشياء معينة، وبذلك فهي تختلف عن مجرد أصوات بغير قصد، فهي تحمل في بعض الأحيان على الأقل معنى محددا، وبقدر ما يملكه الإنسان من لغة يمكنه من خلق توصيل ما يدور في ذهنه من أفكار وآراء أو ما يريد نقله من معلومات للآخرين (عبد الفتاح عبد النبي، ١٩٩٠).

إذن يمكن القول أن اللغة هي إحدى وسائل التعبير عن مكونات العقل البشري، فالتفكير يتطلب رموزا تحمل المعنى الذي يريده الإنسان، والكلمات هي خير ما يرمز به إلى المعاني، وخير وسيلة لتوصيل المعاني إلى الغير. فاللغة إذن هي القالب الذي يصب فيه التفكير، وكلما ضاق هذا القالب، واضطربت أوضاعه، ضاق الفكر، واختل إنتاجه. ومن هنا فإن اللغة تعتبر من أهم مقومات المجتمع، وعوامل وحدته، ونموه الحضاري (وفاء البيه، ١٩٩٤: ١٢٦).

الثالثة – اللغة من وجهة النظر الاجتماعية:

يذكر " حامد زهران " (١٩٩٠) أن علماء الاجتماع يذهبون إلى أن اللغة ظاهرة اجتماعية، وهي أداة للتفاهم، والاتصال بين أفراد الأمة الواحدة أفرادا أو جماعات فتعرف اللغة بأنها " مجموعة من الرموز تمثل المعاني المختلفة، وهي مهارة اختص بها الإنسان، واللغة نوعان لفظية وغير لفظية، وهي وسيلة الاتصال الاجتماعي والعقلي، وهي إحدى وسائل النمو العقلي، والتنشئة الاجتماعية، والتوافق الانفعالي، ومظهر قوي من مظاهر النمو العقلي والحسي والحركي "

كما أشارت " نوال عطية " (١٩٩٥) إلى أن اللغة عبارة عن نظام معين من رموز صوتية ذات دلالة بالنسبة للأشياء والأحداث الموجودة في البيئة علاوة على أنها الأداة الإنسانية للتفكير والتواصل الاجتماعي، وتبادل الأفكار بين الأفراد. ويذكر " جمال الخطيب ومنى الحديدي " (١٩٩٨) أن اللغة أحد أشكال التواصل المعتمد على استخدام الكلمات، وغيرها من الرموز لتمثيل الأشخاص، والأحداث، والأشياء من

حولنا، كما أنها الوسيلة التي نستخدمها لتنظيم أفكارنا، وللتعبير عن حاجاتنا. ويعتبر " فاروق الروسان " (١٩٩٨) أن اللغة وسيلة أساسية من وسائل التواصل الاجتماعي، وخاصة في التعبير عن الذات، وفهم الآخرين، ووسيلة مهمة من وسائل النمو العقلي والمعرفي والانفعالي.

ويعرف " مصطفى القمش وخليل المعايطة " (٢٠٠٧: ٢٤٥) اللغة من وجهة نظر اجتماعية فيذكرون أنها مجموعة من الرموز تمثل المعاني المختلفة، وهي مهارة اختص بها الإنسان وتعتبر من وسائل الاتصال الاجتماعي والعقلي، وهي نوعان لفظية وغير لفظية. فنحن نسمعها منطوقة ونقرأها مكتوبة، ونفهم لغة الإشارات، وتمثل اللغة قلب التفاعل الاجتماعي.

ويعتبر " إسماعيل بدر " (٢٠١٠: ٢٤٢) أن اللغة نشاطا اجتماعيا نتيجة الخبرات، وأنها الوسط الذي من خلاله يستطيع الطفل التعبير عن أفكاره بحيث يفهمه الآخرون، واللغة تمكننا من التعبير عن حاجاتنا الأساسية وتزودنا بطرق ووسائل لمعرفة عالمنا، وتمكننا من القيام بالوظائف الاجتماعية، والأطفال الذين لا يستطيعون التعبير عن أنفسهم بطريقة فعالة أو مقبولة، قد يواجهون صعوبات في التواصل مع الآخرين. ويرى " راضي الوقفي " (٢٠٠٤: ٢١٧) أن اللغة في أبسط معانيها هي نظام من الرموز الموضوعة في أنماط تقليدية لإيصال المعاني، وهي في المقام الأول سلوك اجتماعي يقوم على التفاعل الاجتماعي الذي يتأسس من المبادلات التواصلية غير اللفظية المبكرة للطفل مع الأم أو غيرها ممن يعتنون به. ولعل نوعية التفاعلات التي تقوم بين الراشدين والطفل هي أهم المؤثرات في نمو وتطور اللغة، حيث لابد لاكتساب القدرة على وضع التراكيب اللغوية، وفهمها من أن يتاح للطفل درجة عالية من النشاطات التفاعلية مع الآخرين. وعلى هذا فإن دور الراشدين في تعلم الطفل للغة هو دور المشجع والواهب لأسس المهارات والمعلومات. ويقف على رأس أدوار الراشدين دور الأم، بصفته الدور الذي يهيئ البيئة للنمو اللغوي السوي، أو يحد منه، بمعنى أن الأطفال لا يتعلمون اللغة إلا من خلال احتكاكهم بالآخرين، ومع قلة هذا الاحتكاك تقل القدرة على تعلم اللغة.

ويذكر " الشخص والتهامي " (٢٠٠٩ : ١٥٥) أن اللغة تعتبر أهم أداة اجتماعية للتواصل بين الأفراد، وذلك من خلال صورها المختلفة: المنطوقة، أو المكتوبة، أو من خلال مجموعة من الإشارات الدالة على مفاهيم معينة بين فرد وأخر، أو بين مجموعة من الأفراد. وبدون اللغة لا يمكن تصور وجود التفاعل الاجتماعي بين الأفراد، ولذلك فإنه من المهم أن تكون تلك اللغة – كأداة – صحيحة من حيث بنائها، وطريقة استخدامها، حتى تتم عملية التواصل، والتفاعل الاجتماعي بصورة ملائمة ومناسبة.

وهكذا يمكن القول أن اللغة تركيب معقد يمس فروعا من الأفعال المختلفة حيث أنها فعل فسيولوجي من حيث أنها تدفع عددا من أعضاء الجسم الإنساني إلى العمل، كما أنها فعل نفسي من حيث أنها تستلزم نشاطا إراديا للعقل. وهي أيضا فعل اجتماعي من حيث أنها استجابة لحاجة التواصل بين بني الإنسان ثم هي في النهاية حقيقة تاريخية لا مراء فيها، فنحن نعثر عليها في صور متباينة، وفي عصور بعيدة الاختلاف على سطح الأرض.

ويتمثل الفعل الفسيولوجي في اللغة في قدرة الأعضاء الصوتية والجهاز العصبي على نطق ما يكتسبه الطفل من الأصوات ذات المعاني والدلالة، ونموها مع نمو الطفل، حتى يكتمل جهازه الصوتي ليتمكن بعد ذلك من نطق الكلمات التي يسمعها وإعادتها بنفس الطريقة التي سمعها، ويضاف إلى نطق الكلمات قدرتان أخريان تمكنان الإنسان من التخاطب، وهما:

- القدرة على إعادة إنتاج لغة منطوقة بناء على الإرادة عند الحاجة إليها.
- تحقق الشخص من أن نطقه سليم (هنادي القحطاني، ٢٠١١ : ٤٨).

ثانيا – وظائف اللغة: Functions of Language

إن اللغة هي وعاء الثقافة، وأداة الاتصال بين الماضي والحاضر، ولا يستطيع أي إنسان أن يحصر كنوز الفكر الإنساني من شعر ونثر، وفلسفة، وتاريخ، وعلم وحكمة، وشرائع دينية، إلا إذا أتقن هذه اللغة، ويصبح حديثه لها سهلا واضحا، وكتابته سليمة خالية من الخطأ، بعيدة عن التعقيد، ومن أهم وظائف اللغة أنها:

- تحقق التواصل الشخصي والاجتماعي بهدف زيادة التماسك الاجتماعي.
- تجعل للمعارف والأفكار البشرية قيمة اجتماعية بسبب استخدام أفراد المجتمع اللغة للدلالة على معارفهم وأفكارهم.
- تحتفظ بالتراث الثقافي والتقاليد الاجتماعية جيلا بعد جيل.
- تمكن الفرد من التعبير عن مطالبه وحاجاته النفسية، مما يحفظ له الصحة النفسية، حيث أن التنفيس اللغوي مطلب للراحة والطمأنينة.
- تزود الفرد بأدوات التفكير، وتمكنه من تنمية الجانب الفكري عنده، والتفكير الصحيح وراء كل حضارة إنسانية مشرقة.
- تساعد الفرد على التذوق الجمالي من خلال المسموع أو المقروء (إبراهيم عطا، ٢٠٠٥: ٤٧)

ويذكر العديد من الباحثين – نقلا عن هاليداي (Halliday, 1975) – أن وظائف اللغة يمكن الإشارة إليها على النحو التالي:

الأولى – الوظيفة النفعية للغة (اللغة كوسيلة):

تتبدى هذه الوظيفة في أن اللغة تسمح لمستخدميها منذ طفولتهم الباكرة، بإشباع حاجاتهم، وبالتعبير عن رغباتهم، وما يريدون الحصول عليه من بيئتهم التي تحيط بهم.

الثانية – الوظيفة التنظيمية:

تتبدى هذه الوظيفة في تمكن الإنسان من خلال مفردات اللغة أن يتحكم في سلوك الآخرين بأن يصدر إليهم الأوامر لتنفيذ مطالب أو النهي عن أداء بعض الأفعال.

الثالثة – الوظيفة التفاعلية:

تتبدى هذه الوظيفة في النظر إلى الإنسان باعتباره كائنا اجتماعيا يتفاعل مع الآخرين ممن يحيطون به لإشباع احتياجاته.

الرابعة – الوظيفة التعبيرية (الشخصية)

تتبدى هذه الوظيفة في تمكن الإنسان عن طريق مفردات اللغة أن ينقل خبراته الشخصية، وتعبيراته عن أفكاره، فضلا عن اكتساب المزيد من المعلومات والمعارف عن طريق إقامة علاقات مع آخرين.

الخامسة – الوظيفة الاستكشافية:

تتبدى هذه الوظيفة في أن اللغة هي وحدها القادرة على مساعدة الإنسان على تمييز ذاته عن بيئته ومكونات أو مفردات هذه البيئة.

السادسة – الوظيفة التحليلية:

تتبدى هذه الوظيفة في استخدام اللغة للكتابة، وإنتاج الأعمال الأدبية كالروايات، والشعر، التي تعكس انفعالات وتجارب الآخرين.

السابعة – الوظيفة الإخبارية (الإعلامية):

تتبدى هذه الوظيفة في استخدام اللغة لنقل المعلومات الجديدة للآخرين وتوصيل هذه المعلومات إلى الأجيال التالية.

الثامنة – الوظيفة الرمزية:

وتتبدى هذه الوظيفة في أن ألفاظ اللغة تمثل رموزا تشير إلى الموجودات في العالم الخارجي، فعلى سبيل المثال كلمة شجرة هي لفظ أو رمز لشيء موجود في الخارج (جمعة يوسف، ٢٠٠٠).

ويذكر كل من "هيذرينجتون وبارك" (١٩٧٩: ٢٩٩) Hetherington and Parke أن وظائف اللغة كثيرة، وتتبلور في النقاط التالية:

الأولى – الوظيفة النفعية (الأدوية) Instrumental Function

وهذه الوظيفة هي التي يطلق عليها "أنا أريد كذا..." حيث تساعد الفرد على إشباع حاجاته، والتعبير عن رغباته، وما يريد الحصول عليه من البيئة التي تحيط به.

الثانية – الوظيفة التنظيمية Regulatory Function

وهذه الوظيفة تعرف باسم " افعل كذا ولا تفعل كذا " كنوع من الأمر لتنفيذ المطالب والنهي، أو أداء بعض الأفعال. واللغة هنا لها وظيفة الفعل والتوجيه العملي المباشر.

الثالثة – الوظيفة البينشخصية Interpersonal Function

تبرز أهمية هذه الوظيفة باعتبار أن الإنسان كائن اجتماعي، لا يستطيع الابتعاد عن أفراد الجماعة. ولذلك فهي وظيفة " أنا وأنت " فنحن نستخدم اللغة في جميع المواقف الاجتماعية لإظهار التواصل، والاحترام، والتأدب مع الآخرين.

الرابعة – الوظيفة الشخصية Personal Function

وتعتبر من الوظائف المهمة والرئيسية للغة، وهي نقل الخبرة الإنسانية والتعبير عن الفكر، واكتساب المعرفة، فاللغة ضرورة حتمية لتقدم الثقافة والعلم، لأن الألفاظ هي حصن الفكر، وبالتالي لا وجود للفكر بدون اللغة، لأن الكلمة هي أداة للتفكير في المعنى الذي تعبر عنه.

الخامسة – الوظيفة الاستكشافية Heuristic Function

من خلال هذه الوظيفة، تساعد اللغة الفرد على تمييز ذاته عن البيئة المحيطة به، واستكشاف وفهم البيئة المحيطة، بمعنى أنه يسأل عن الجوانب التي لا يعرفها حتى يستكمل الجوانب الغامضة في معلوماته عن تلك البيئة.

السادسة – الوظيفة التخيلية Imagination Function

حيث تستخدم اللغة في كتابة وإنتاج الأعمال الفنية المتميزة مثل القصص، والأشعار والأدبيات التي تعكس انفعالات وتجارب وأحاسيس الفرد، وبالتالي يستخدمها الإنسان في الترويح عن النفس، والتغلب على صعوبات العمل، وإضفاء روح الجماعة – كما هو الحال – في الأغاني والأشعار التي تردد في الأعمال الجماعية أو الفردية.

السابعة – الوظيفة الإخبارية (الإعلامية) Information Function

يستخدم الفرد اللغة لنقل المعلومات الجديدة والمتنوعة إلى باقي أفراد الجماعة، وكذلك توصيل هذه المعلومات إلى الأجيال المتعاقبة. أيضا تستخدم اللغة كوسيلة تأثيرية أو إقناعية، مثلما يفعل بعض المهتمين بالإعلام لحث الجمهور على الإقبال على سلعة معينة، أو تعديل نمط سلوكي غير مرغوب اجتماعيا. وفي هذه الحال، تستخدم الألفاظ المحملة انفعاليا ووجدانيا.

كذلك قدم فيصل الزراد (١٩٩٠) حصرا بأهم وظائف اللغة وذلك على الوجه التالي:

(١) أن اللغة تعد أداة تساعد الفرد على التكيف والتوافق مع ظروف الحياة الخارجية، والداخلية، حيث أنها أداة للتعبير عن الأحاسيس والأفكار والمشاعر والعواطف.

(٢) أن اللغة تعد أداة للتواصل والتفاهم بين الأفراد والجماعات، حيث تعمل على ربط الأفراد ببعضهم البعض. ويعتقد بعض الباحثين والدارسين في هذا المجال أن هذه هي الوظيفة الأساسية للغة.

(٣) أن اللغة تساعد الإنسان في السيطرة على البيئة الخارجية من أشياء وموضوعات.

(٤) أن اللغة تعتبر أداة فعالة في تسجيل الأحداث والخبرات الماضية، فهي أداة لحفظ التاريخ والتراث، والفكر لتربط الماضي بالحاضر والمستقبل.

(٥) أن اللغة تعد الدعامة الأساسية للتفكير، فهي أداة التفكير لدى الإنسان، وعن طريق اللغة يستطيع الفرد أن يعبر عن أفكاره، وأن ينقل هذه الأفكار للآخرين عن طريق الرموز اللغوية.

(٦) أن اللغة تستخدم كأداة للسيطرة والطغيان بين الأفراد والجماعات مثلما يحدث في الرعاية، والمنافسة، واستغلال الشعوب أو استعمارها.

(٧) أن أهم وظائف اللغة التعلم واكتساب المعلومات والخبرات، فعن طريق اللغة يتعلم الطفل المواد الدراسية وحفظ المعلومات، وتذكرها، وتكوين الخبرات والمعارف، والإلهام بالقراءة والكتابة.

(٨) أن اللغة تعد بمثابة عامل مهم في تطبيق الاختبارات والمقاييس، وإجراء المقابلات على الأفراد للتمييز بين الحالات السوية والحالات المضطربة.

(٩) أن اللغة تساعد الأشخاص المضطربين انفعاليا في التعبير عما بداخلهم من مشاعر، كما في حالات العصاب، والأمراض السيكوسوماتية، وبهذا تكون للغة وظيفة تشخيصية.

وتذكر "سهير شاش" (٢٠٠٧: ٢١ – ٢٢) أن للغة وظيفتان فرعيتان هما الوظيفة التعبيرية والوظيفة التفسيرية، فالوظيفة الأولى هي الوظيفة التعبيرية ذلك أن اللغة وسيلة الإنسان للتعبير عن حاجاته ورغباته وأحاسيسه الداخلية، ومشاعره، وانفعالاته ومواقفه كالحب والبغض، والسرور والحزن، والصدمة والبؤس. ويعرض عن طريق اللغة تجاربه وظروفه، ودوافعه، وأغراضه، وما يريد الحصول عليه من البيئة المحيطة به، وما يود إبرازه من حقائق ومفاهيم ومدركات.. وأحيانا يطلق على هذه الوظيفة، وظيفة أنا أريد أو الوظيفة النفعية Instrumental Function وغالبا ما يركز المتكلم كلامه حول ما يعنيه هو نفسه، فتكون انفعالات المتكلم ودوافعه، وأغراضه هي موضوع الحديث، وتكون الكلمات معبرة عن مضامينها المتعلقة بالانفعالات، أو الأوامر أو النواهي، وتصبح اللغة بذلك هي طريقة الإنسان في تصريف شئون حياته، وإرضاء غريزة الاجتماع عنده.

ويرى علماء التحليل النفسي أن التعبير باللغة يسهم إسهاما بالغا في عملية التفريغ الانفعالي النفسي للشحنات النفسية المؤلمة التي تجعل الفرد ينغمس في الأحلام التي تأخذه بعيدا عن الواقع الحاضر في عالم الفكر المجرد، ومن ثم تستخدم اللغة خلال المقابلات الإكلينيكية من أجل التنفيس الانفعالي، وعلاج الاضطرابات الانفعالية، وتعتمد مدرسة التحليل النفسي، بالإضافة إلى ذلك على تحليل لغة المريض، وتعبيراته، بما تتضمنه من تصورات وأفكار، وفلتات لسان، وما ترمز إليه من قضايا أو مشكلات من أجل إحداث استجابات معينة، وإجراء التعديلات اللازمة في الاتجاهات والخبرات لتحقيق التكيف الصحيح (فيصل الزراد، ١٩٩٠). ولذلك يعتبر التنفيس الانفعالي (الذي هو في حد ذاته بمثابة التعبير) صمام أمان

وعلاج فعال للمرض النفسي، ولقد اعتبرت الكلمة تشخيصية في المقام الأول حيث أن الشخص يكشف عن نفسه سواء من خلال مضمون أحاديثه، أو عن طريق أسلوبه، ونبرة صوته، وصمته عن الموضوعات التي تتم مناقشتها، عن طريق وقفاته وهفواته، وتكراره لنفسه، وأحيانا عن طريق تلعثمه (سهير شاش، ٢٠٠٧ : ٢٢).

أما الوظيفة الثانية للغة فهي أن للغة وظيفة تفسيرية، فكما أن الكلمات تساعد على نقل أفكار الفرد ومشاعره للآخرين، فإنها بنفس القدر تسهم في نقل هذا العالم إلى الفرد كي يعيشه. بمعنى أن فاعلية الكلام – باعتباره النظام الأساسي للتواصل بين البشر – لا يمكن أن تتأكد دون تحقق الوجه الآخر من عملية التواصل، ونعني به السمع، والإدراك، وتفسير معاني الكلمات، أو الرسالة المنطوقة التي يرسلها المرسل ويتلقاها المستقبل – فإذا ما تم تفسير الرسالة المسموعة من قبل السامع (المستقبل)، فإن الرسالة يتحقق لها بذلك وجود لغوي عنده يناظر الوجود اللغوي الذي تحقق لها في البداية عند المتكلم (المرسل)، وفي هذا الصدد، يذكر " عبد العزيز عبد المجيد " (١٩٧٨) أن مجموعة الأصوات التي تكون "كلمة" ترتبط ارتباطا وثيقا بصورة معينة في الذهن. فإذا ما سمع أو قرأ صاحب اللغة هذه الكلمة، انبعث تلك الصورة في ذهنه، ومتى انبعثت تلك الصورة في ذهنه في وقت ما، انبعثت معها أفكار وتصورات ووجدانات مماثلة، فيقوم بالاستجابة وتلبية لأثر ما أدركه من الكلام مما يدفعه إلى العمل والحركة. فالناحية المهمة في اللغة ليست هي مطابقة الكلمات المنطوقة أو المكتوبة للصور والأفكار المعبر عنها، ولكن ما تحدثه من أثر في السامع أو القارئ.

وعلى هذا فلا يكفى أن يقال أن اللغة وسيلة للتعبير، أو أنها وسيلة لنقل الأفكار من المتكلم إلى السامع، بل هناك إلى جانب هذا النقل شيء آخر مقصود هو استجابة السامع، وتلبيته لأثر ما ادركه من كلام، فإن لم تحدث اللغة استجابة من السامع فقد فقدت وظيفتها.

ثالثا – جوانب اللغة: Language aspects

يحدد الباحثون ثلاثة جوانب للغة، وذلك على النحو التالي:

الجانب الأول للغة : اللغة المنطوقة Spoken Language

اللغـة المنطوقـة لغـة رمزيـة، ومنظمـة، وإنسـانية، ومرنـة، ومتطـورة، وناميـة، فاستخدام الرموز الصوتية المحددة في كل لغة من لغات الأرض في أتساق مختلفة، أتاح لها أن تكون آلاف الكلمات، وتتخذ الأجزاء المختلفة في هذا النظام في كل حالة ترتيبا محددا، فلكل رمز صوتي وظيفته في الكلمة، ولكل كلمة وظيفتها في العبارة أو الجملة، والالتزام بالنسق المتفق عليه واجب في البيئة اللغوية الواحدة، وإلا فقد الرمز قدرته على النقل والإيجاد، فكلا الرمزين المنطوق والمكتوب يمثل دلالة، لها خبرة لدى السامع أو القارئ (إبراهيم عطا، ٢٠٠٥).

ولـذلك يعـرف الـوعي الصـوتي بأنـه القـدرة علـى الملاحظـة والـتفكير والتعامـل مـع الصوت المفرد في الكلمات المنطوقة، وقبل أن يتعلم الصغار قراءة الكلمات المطبوعة، فإنهم في حاجة إلى أن يكونوا على وعي بكيفية ظهور الأصوات في الكلمات، ويجب أن يفهموا أن الكلمات نتجت من مجموعة الأصوات أثناء عملية الكلام، خاصة لو عرفنـا أن الفـونيم أو الصـوت، هـو أصـغر وحـدات الكـلام، ممـا يجعـل مـن اخـتلاف الأصوات، اختلافا في معاني الكلمات. (Put Reading First , 2003)

كمـا تعتـبر اللغـة المنطوقـة مـن أكثـر الوسـائل شـيوعا في عمليـة التواصـل. ولا تقتصر هذه العملية على البشر وحدهم، فهي عملية موجودة لدى جميع الكائنات الحيـة، إلا أن مـا يميـز تواصـل الإنسـان عـن غـيره مـن المخلوقـات أنـه أكثـر أنـواع التواصل تعقيدا وإبداعا. كما أن استخدام الإنسان للتواصل لا يكون بهدف تحقيق الحاجـات الأساسـية اللازمـة لبقائـه فقـط، كمـا هـو الحـال عنـد جميـع الكائنـات الحية الأخرى، وإنما يتعداه إلى التعبير عن أحاسيسه ومشـاعره المختلفـة مـن ناحيـة، والتواصل الاجتماعي من ناحية أخرى (شجده الفارع وآخرون، ٢٠٠٠).

الجانب الثاني للغة : اللغة المكتوبة Written Language

فاللغـة تحتـل مركـزا رئيسـيا في عمليـة التواصـل، كمـا أنهـا عبـارة عـن كـود مشـترك (شـفرة مشـتركة أو رمـوز) بـين أفـراد المجتمـع الواحـد، يعـبر عـن المفـاهيم باسـتخدام رمـوز معينـة مثـل: الصـوت والحـروف والكلمـات، وهنـاك قواعـد تـنظم

تجمعها، فالكلام أو الحديث هو الصورة الشفهية للغة في حين أن الكتابة هي الصورة المرئية للغة (Kailas , C. , 1997: P 78).

رابعا - نظريات اكتساب اللغة:

على الرغم من وجود عدد كبير من نظريات اكتساب اللغة، وما توصل إليه العلماء من بعض طرق وأساليب هذا الاكتساب، إلا أنه لا تزال هناك حاجة إلى المزيد للتعرف على كيفية اكتساب اللغة. وتتواتر الإشارة في الكتابات ذات الصلة باللغة إلى خمسة مداخل هي المدخل السلوكي والمدخل الفطري، والمدخل المعرفي، والمدخل البرجماتي والمدخل البيولوجي (أو المدخل العضوي).

(١) المدخل السلوكي The behavioral approach

يرى أصحاب المدخل السلوكي أن مبادئ التعلم يمكن أن تفسر اكتساب وارتقاء اللغة، ويرون أن اكتساب اللغة يتشابه مع اكتساب باقي المهارات الأخرى، حيث يعتبرونه نتاج تشكيل البيئة، وهم يرون أيضا أن الطفل يولد بمعدل معين وقدرة على التعلم، وأن هذه القدرة تهذب عن طريق البيئة، حيث يتم تعزيز الاستجابات الصحيحة تعزيزا موجبا فتأخذ مكانها في الدماغ أو يتم تعزيزها تعزيزا سالبا فيتم إسقاطها (عبد العزيز السرطاوي ووائل أبو جودة، ٢٠٠٠).

وجدير بالذكر أن أصحاب المدرسة السلوكية لا يهتمون بشكل خاص بتتابع النمو الذي يتم من خلاله اكتساب السلوك اللفظي، إذ يرون أن الأكثر أهمية هو معرفة أسباب تلك السلوكيات، وليس تتابع اكتسابها، ولذلك يعكف علماء السلوك على تحديد تحت أي ظروف يتم خلالها اكتساب تلك السلوكيات، أكثر من تركيزهم على دراسة الأعمار التي يتم فيها إجادة الأشكال المختلفة من السلوكيات اللفظية. كما يشير أصحاب المدرسة السلوكية إلى أن التعلم يلعب دورا رئيسيا في اكتساب السلوكيات اللفظية أكثر من اعتماده على العوامل الوراثية والميكانيزمات الفطرية، ودليلهم على ذلك أنه من الصعب القول بأن الطفل لديه معلومات عن قواعد النحو عامة، لأن الطفل وبعض الراشدين قد يكونون غير قادرين على وصف المعرفة والمعلومات (إيهاب الببلاوي، ٢٠٠٦: ١٣٠).

وطبقا للمدرسة السلوكية، فإن الكلام عبارة عن سلوك، يمكن تعلمه عن طريق الاشتراط، فعلى سبيل المثال، يتعلم الطفل البالغ من العمر تسعة أشهر إصدار صوت معين من الوالدين، أو المحيطين به، عندما يسمع أصواتهم، وينظر إليهم، حيث يشعر بالراحة والسرور والأمن (وهذا يعد تعزيزا)، وهكذا يميل الطفل إلى تكرار إصدار مثل هذه الأصوات التي تجلب له السرور أو التعزيز. وكذلك عندما ينطق الطفل كلمة " ماما"، ويتبع ذلك قيام الأم بمداعبته وعناقه، وتغذيته، وبالتالي يصبح السلوك اللغوي (كلمة ماما) مصدرا لفرح الأم وسرورها (وهذا يعد تعزيزا)، مما يجعله يميل إلى تكرار ممارسته، وقد يعمم هذا السلوك، فينطق هذه الكلمة في أي وقت يريد فيه الطعام، أو يتناوله بغض النظر عمن يقوم بإطعامه. وبنفس الأسلوب يتعلم الطفل نطق كلمة "بابا" ويعممها على جميع الرجال.. وما يلبث أن يتعلم استخدام هذه الكلمات بصورة صحيحة ومتمايزة بعد ذلك (نبيلة أبو زيد، ٢٠١١: ١٥).

كما أن الأحداث الموجودة في بيئة الطفل تعد أكثر أهمية من وجهة نظر السلوكيين، ذلك أن الأطفال يتعلمون فقط اللغة التي يسمعونها، ولذلك فإن الحرمان الاجتماعي الشديد يؤدي إلى الحرمان من اللغة. وجميع السلوكيات اللفظية بشكل عام من الممكن أن تزداد أو أن تقل تدريجيا، فالتعزيز الاجتماعي – على سبيل المثال – من الممكن أن يزيد من قدرة الطفل على المناغاة، ويزيد من استجابته للكلمات والعبارات وإنتاج السمات النحوية، ولذلك نجد أن أحد أكثر طرق تعليم اللغة انتشارا بالنسبة للأطفال ذوي اضطرابات اللغة هي نمذجة الاستجابات الصحيحة وتعزيز الإنتاج الصحيح للطفل (إيهاب الببلاوي، ٢٠٠٦: ٣١).

وجدير بالذكر أن البحوث والدراسات الحديثة المهتمة باكتساب اللغة، قد طرحت سؤالا حول مدى إسهام البيئة في مساعدة الطفل على اكتساب اللغة، وكشفت نتائج هذه البحوث وتلك الدراسات التي أجريت على تفاعل الأم والطفل أن الآباء والأمهات والأخوة والأخوات، والراشدين بوجه عام يمكنهم مساعدة الطفل على تعلم اللغة، وأوضحت تلك النتائج أن الأمهات تتحدثن بطريقة مع صغار الأطفال تختلف عن طريقتهم في التحدث مع كبار الأطفال والراشدين. وفي ضوء هذه

الطريقة فإن كلام صغار الأطفال يتميز بالأمومة، وإنه عندما تتحدث الأمهات مع صغار الأطفال فإنهن يستخدمن: الكلمات البسيطة والمحسوسة، كما يكون هناك اختلاف كبير في درجة الصوت، وتكون درجة الصوت عالية، وتكون الجمل قصيرة وبسيطة، ويكون معدل الكلام بطيء ويكون الكلام بطلاقة. وكلما كبر الطفل، يتغير كلام الأم معه، فيزداد معدل الكلام، ويقل تباين درجة الصوت، وتصبح الكلمات أكثر تعقيدا، والجمل أكثر طولا، وتزيد طلاقة الكلام، وتبدأ الأمهات في التحدث أكثر عن العلاقات والمفاهيم المجردة.

أما البحوث والدراسات التي أهتمت بعلاقة الأمومة بتطور لغة الطفل، فقد كشفت نتائج تلك البحوث والدراسات عن أن الأطفال ينتبهون للأمهات أكثر من غيرهم. وأن الأمهات دائمات التعزيز لاستجابات الطفل، وأن الأنماط التفاعلية التي تشكل سلوك الأطفال والأمهات والقائمين على رعاية هؤلاء الأطفال تتسم بالقوة.

(٢) المدخل الفطري Natural Approach

من نافلة القول أن أفراد الجنس البشري فقط هم وحدهم الذين يستخدمون اللغة، ومن خلال هذه اللغة يكون بمقدور الأفراد والجماعات أن يتواصلوا اجتماعيا، أما بقية الكائنات الحية على سطح هذه الأرض، فرغم أنها – تجاوزا – تتواصل مع بعضها البعض، إلا أن أنماط هذا التواصل لا ترقى إلى مستوى التواصل الإنساني. آية ذلك أن تلك الكائنات تتواصل من خلال الحركات، وعن طريق وضعية الجسم، وبعض الاستجابات الصوتية المحددة. في حين أن بني البشر – وبني البشر فقط – لهم أنظمة وأنساق معقدة من التواصل اللفظي وغير اللفظي، وما إلى ذلك، ويذهب أصحاب المدخل الفطري في اكتساب اللغة إلى أن الطفل يولد مزودا بالأجهزة الفسيولوجية الأساسية التي تمكنه من فهم الكلام وممارسته " التعبير" ويلزمه فقط، أن تتوفر له الاستثارة اللغوية من خلال الناس المحيطين به. وقد حاول مؤيدو هذا المدخل تفسير قدرة الطفل على فهم الكلام واكتسابه بسهولة، وبصورة لا توحي بأن ذلك كله يحدث نتيجة لعملية تعلم مقصودة من جانب المحيطين به (عبد العزيز الشخص، ١٩٩٧: ١١٥، نبيلة أبو زيد، ٢٠١١: ١٦).

ومن المعروف أن الأطفال العاديين الأسوياء يكتسبون اللغة بسرعة، وأنه يكون بمقدورهم في أول خمس أو ست سنوات من العمر أن يكتسبوا التراكيب والوظائف الأساسية لنظام أو نسق التواصل الأكثر تعقيدا وتجريدا. ومعروف أيضا أن أغلب الأطفال يمرون بسلسلة من مراحل اكتساب اللغة على الرغم من وجود فروق فردية بينهم في معدلات هذا الاكتساب. ومن وجهة نظر أصحاب المدخل الفطري في اكتساب اللغة أن الأطفال ليسوا في حاجة إلى الحصول على تعليم مقصود بهدف تعليمهم الكلام.

ومما يجدر ذكره أن " تشو مسكي " Chomsky اهتم بالقواعد الانتقالية العامة وأرجعها إلى النظرية الفطرية في دراسة اللغة. ويذكر أن اللغة لا تكتسب من خلال الإثارة أو التعزيز، أو التعليم البيئي، ولكن المعلومات الأساسية اللازمة لاكتساب اللغة تظهر عندما يولد الطفل. وميز " تشومسكي " بين الكفاءة والأداء، وذكر أن الكفاءة التي تشتمل على معلومات عن قواعد النحو بشكل عام تكون فطرية، وتبعا لهذه الكفاءة يمكن للطفل تعلم اللغة دون مساعدة البيئة (Chomsky , N. , 1981)، كما أشار " تشومسكي " إلى حقيقة مؤداها أن الصغار يتعلمون الكلام، ويمارسونه رغم أنه نادرا ما يقوم أحد بتصحيح كلامهم وطريقتهم في تركيب الجمل، ويفسر " تشومسكي " ذلك بأن الطفل يولد مزودا باستعداد عضوي – فسيولوجي – لمعرفة قواعد اللغة، أو على الأقل يجعله مهيئا لاتباع تلك القواعد عند الكلام (Chomsky , N. , 1988).

وجدير بالذكر أن أفكار " تشومسكي " انتشرت بسرعة، وطرح العديد من العلماء ممن قاموا بدراسة اللغة أشكالا مختلفة للمدخل الفطري في صورته الأساسية. وأحد هذه الأشكال هو أن الأطفال يولدون ولديهم ميكانيزم فطري لاكتساب اللغة يعرف بأداة اكتساب اللغة، وهي عبارة عن جزء من البنية البيولوجية للأطفال، هذه الأداة تعرف الكثير عن اللغات بشكل عام، لأنها تشتمل على القواعد العامة للغة، وتقدم البيئة معلومات عن القواعد العامة للغة التي يتعرض لها الطفل، وهكذا تساعد الطفل على اكتساب اللغة في فترة زمنية قصيرة نسبيا (Bohannon , J. & Warren , L. 1989).

(٣) المدخل المعرفي: The Cognitive approach

يشير أصحاب المدخل المعرفي إلى احتمال اكتساب اللغة من خلال المعرفة، وذلك حتى إذا لم يكن الطفل قد اكتسب أولا معلومات غير لغوية عن الأشياء والأحداث والكلمات لوصفها، بمعنى آخر، أن الطفل يجب أن يكتسب المفاهيم أولا قبل إنتاج الكلمات. ويذكر أصحاب المدخل المعرفي عدة افتراضات لاكتساب اللغة، لعل أبرزهما أن اللغة هي سبب المعرفة وليس العكس، ووفقا لهذا الافتراض فإن المفاهيم تكتسب من خلال اللغة، حيث تأتي اللغة أولا ثم تتبعها المعلومات، وأن اللغة والمعرفة يؤثر كل منهما في الآخر، فالمفاهيم يمكن أن تكتسب من خلال اللغة، وقد تعزز المفاهيم غير اللغوية تعلم واكتساب اللغة (Owens , R. 1988).

وفيما يتعلق بالمهارات اللغوية للطفل، واستعداده لاكتساب اللغة، يفترض أصحاب المدخل المعرفي أن تلك المهارات والاستعدادات تسير في مراحل نمائية، وأنها تتطور عبر تلك المراحل، وذلك على العكس من افتراض أصحاب المدخل الفطري الذين يرون أن القدرة اللغوية للطفل تكتمل قبل مولده، وتثبت مع الزمن. ومع ذلك لا ينكر أصحاب المدخل المعرفي أن هناك استعدادات فطرية تعد في سياق النمو والتطور متطلبات سابقة، غير أن هذه المتطلبات السابقة لا تقتصر على اللغة وحدها، بل تتعداها إلى مختلف المهارات المعرفية واللغوية والأنشطة التي يمارسها الطفل، وعلى ذلك، فإن المهارات اللغوية تعتمد إجرائيا على نمو المهارات المعرفية (نبيلة أبو زيد، ٢٠١١: ١٨)، وفي هذا الصدد، تذكر " ليلى كرم الدين " (١٩٩٠) أن قدرة الطفل على التصور العقلي تنبثق في نهاية مرحلة النمو الحسي – الحركي، لذلك تنبثق اللغة في هذه الفترة، أي في حوالي السنة الثانية من عمر لطفل، وفي المرحلة الحسية الحركية يدرك الطفل أن الأشياء الخارجية لها صفة الدوام والاستمرار، وأنها تستمر في الوجود حتى ولو لم يدركها أحد، كما تتكون لديه القدرة على استدخال العالم نفسه، ويبدأ الطفل في هذه السن استخدام الرموز في تصور الأشياء غير الموجودة، ويؤكد " بياجيه " على أن اللغة تنمو بنمو التفكير المنطقي، فهناك علاقة وثيقة بين الفكر واللغة، فكلاهما يتأثر ويؤثر في الآخر.

وفي نفس السياق، يحدد " بياجيه " انبثاق اللغة على مرحلتين على النحو التالي:

الأولى – تبادل الحركات والتقليد الصوتي والإيمائي، إذ يرى أن التواصل الهادف القائم على معنى يكتسب من لعبة الحركات Gestes التي يقلد الطفل الكبار من خلالها، والكبار يقلدون الطفل، وهذا التقليد الحركي يتحول إلى لعب تقليد صوتي.

الثاني – الترميز: يظهر اللعب القائم على الترميز عند الطفل في نفس الوقت الذي يظهر فيه الكلام، ولكن بصورة مستقلة، ويرى " بياجيه " أن مصدر الفكر هو في وظيفة الترميز هذه، والتي تميز بين الرامز والمرموز إليه، وأن اللغة هي شكل خاص من أشكال وظيفة الترميز.

وتشير كل من " كريمان بدير وإميلي صادق " (٢٠٠٣) إلى أن بياجيه صنف الكلام إلى فئتين اثنتين هما:

- الفئة الأولى – الكلام المتمركز حول الذات " الكلام الذاتي ".
- الفئة الثانية – الكلام الاجتماعي.

وهما يظهران بالترتيب نفسه كلما تدرجت حياة الطفل من الذاتية إلى الاجتماعية، كما يمكن تقسيم كل فئة – من هاتين الفئتين – إلى نوعيات خاصة، فيمكن تقسيم الكلام الذاتي إلى المصاداه، ونعني بها ترديد الطفل لكلام سبق أن سمعه، ويردده دون فهم لمعناه، ثم يأتي بعد ذلك المونولوج، وهو أن يتحدث الطفل مع نفسه، وتلك المونولوجات مرحلة ضرورية في تعليم الطفل كيف يتكلم، ذلك أن أحد الجوانب المهمة للنمو اللغوي يتركز في مدى قدرة الطفل على استخدامها لنقل الأفكار. ومن جانب آخر، فإنه لكي يتم التواصل بصورة فعالة مؤثرة، يجب أن يضع الطفل في اعتباره، وإلى حد ما، نظر المستمع إليه، بحيث يكتسب مهارة تمكنه من إجراء عملية التواصل مع مراعاة وجهة نظر المستمع إليه، وهذه تسمى مهارات التواصل المرجعية.

(٤) المدخل البراجماتي The peragmatic approach

يرى " إيهاب البـبلاوي " (٢٠٠٦ : ١٣٥) أن هـذا المـدخل يركـز علـى كيفيـة استخدام الأطفـال للكـلام. وأنـه يختلـف عـن المـدخل المعـرفي مـن حيـث اهتمامـه بكيفيـة تفاعـل الطفـل مـع الآخـرين مـن المحـيطين بـه عـن طريـق الكـلام، ذلـك أن خبرات التفاعل الإنسـاني الـتي يمـر بهـا الطفـل خـلال عامـه الأول، تـزوده بكـثير مـن الأدوار العملية للغة، وذلك قبل قدرتـه علـى ممارسـة الكـلام بصـورة فعليـة، فالطفـل يستخدم الأصوات وحركـات الجسـم للتعبير عـن حاجاتـه ومشـاعره، والتواصـل مـع الآخرين، ثم ما يلبث أن يكون كلمات من سلسلة من الأصوات التي يصدرها وفقـا للقواعد التي يتعلمها من المحيطين به، كما أن القواعد اللغوية التي سجلت للكـلام المبكـر للطفـل تعـد امتـدادا لعمليـات نفسـية اكتسـبها خـلال الثمانيـة عشـر شـهرا الأولى من حياته.

كلمة ختامية

تلعـب اللغـة دورا مهمـا في كـل مظـاهر النمـو العقلـي المعـرفي، والانفعـالي، والاجتماعي، والسلوكي لدى الأطفال. لهذا حظي مفهوم اللغة باهتمام علمـاء اللغـة، وعلماء الاجتمـاع، وعلمـاء النفس علـى السـواء، ومـن يستقرىء تعريفـات اللغـة سـوف يلحظ أن هنـاك فروقـا واختلافـات بـين كـل مـن القـدامى والمحـدثين مـن البـاحثين، والإكلينيكيين في تعريف اللغة، وتحديد مفهومها. ولهذا يتعين القـول أن التعريفـات التي قدمت للغة تختلف اختلافـا كـبيرا مـن مجـال إلى آخـر، بـل حتـى داخـل المجـال الواحد، نجد أنها تختلف بسبب تعقد العمليات اللغوية، وتعدد الوظـائف الـتي تؤديهـا اللغة، وكذلك بسبب تعقد العمليات النفسية الداخلة في فهم العملية اللغوية.

ويؤكد ما سبق، ما ذكره أكثر مـن مرجـع مـن أن مفهـوم اللغـة حظـي باهتمـام علماء اللغة وعلماء الاجتماع وعلماء النفس، على السواء. (عبد العزيز سليم، ٢٠١١ : ٢٥) وأنـه بـالنظر في التعريفـات الـتي قـدمتها المعـاجم اللغويـة للغـة نجـد أنهـا تركـز علـى طبيعة اللغة من كونها مجموعة من الأصوات التي تتركـب منهـا الألفـاظ والكلمـات التي بدورها تتكـون مـن العبـارات والجمـل الـتي تنطـق وتكـتب. فقـد ورد في المعـاجم

اللغوية أن اللغة عبارة عن أصوات يعبر بها كل قوم عن أغراضهم، ويقال سمعت لغاتهم، أي اختلاف كلامهم (المعجم الوجيز، مادة لغة، ٢٠٠١: ٥٦٠). ويعرف ابن منظور اللغة في لسان العرب بأنها "اللاسن" واعتبرها أصوات يعبر بها كل قوم عن أغراضهم (ابن منظور، ب. ت.: ٤٠٥٠). وفي ذلك ما يؤكد الطبيعة الصوتية للغة، والوظيفة الاجتماعية لها، حيث تستخدم في التعبير، ونقل المشاعر، والأفكار، بين أفراد المجتمع الواحد.

وما دمنا نتحدث عن التعريفات التي قدمتها المعاجم اللغوية للغة، فإنه بالبحث عن تعريف اللغة في المعاجم الأجنبية، نجد أن كلمة " لغة " Language مشتقة من الكلمة اللاتينية Lingua والتي تعني اللسان Tongue، كما يعرف معجم أكسفورد اللغة بانها " نوع من التعبير باستخدام الكلمات، وهي استخدام الكلمات بطريقة تتفق وطريقة التواصل الإنساني (Oxford Dictionary , 1993 , P 496).

ويضع قاموس (English H. & English A., 1961) إنجليش وإنجليش عدة معان للغة، حيث يرى أن اللغة هي " أية صورة من صور التخاطب، سواء كان لفظيا أم غير لفظي، والسلوك اللفظي شفهيا كان أم مكتوبا " فاللغة عبارة عن نظام يستخدمه مجموعة من الأفراد لإعطاء معنى للأصوات، والكلمات، والإشارات، أو أية رموز أخرى ليتمكنوا من التواصل مع الآخرين.

وأما المداخل النظرية التي تصدت لعملية اكتساب اللغة، فيبدو أنها على اختلافها لا تختلف من حيث الهدف الأساسي، بقدر ما تختلف في الجانب الذي يركز عليه كل منها، ولذلك نجد أن الباحثين يجمعون بين جوانب متعددة من المداخل المختلفة، أو يدمجونها مع بعضها من وقت لآخر، فكل من المدخلين المعرفي والواقعي – على سبيل المثال – يؤكد أهمية الوظيفة التواصلية للغة – وأما المدخلان الفطري والبنائي فقد يشتركان في تركيزهما على صيغة اللغة أو شكلها، وأما المدخلان المعرفي والسلوكي فغالبا ما يتناولا محتوى اللغة على أساس انه نتيجة للخبرات التي يمر بها الطفل خلال سنوات نموه. وأما المدخل العضوي فإنه يركز على المصاحبات العصبية والفسيولوجية للغة ويبدو أن تباين الجوانب التي يركز

عليها كل مدخل من تلك المداخل، يعكس في جانب منه اختلاف المجالات التي أسهمت في مجال اللغة. ومن هنا يمكن القول أنه مع تنامي وإطراد البحوث والدراسات المشتركة عبر المجالات المختلفة التي تدور حول اللغة، فإنه من المتوقع أن يتحقق مزيدا من التكامل بين هذه المداخل.

الفصل الخامس

تطور نمو اللغة عند الأطفال

تمهيد:

مراحل تطور نمو اللغة عند الأطفال.

* مرحلة ما قبل اكتساب الطفل اللغة

* مرحلة اكتساب الطفل اللغة

كلمة ختامية



الفصل الخامس

تطور نمو اللغة عند الأطفال

تمهيد:

بادئ ذي بدء، يمكن القول أن النشاط اللغوي يعد من أهم الوسائل التي تربط بين الأفراد، وبعضهم البعض، وبالتالي فإن نمو وتطور أو ارتقاء اللغة عند الطفل في السنوات الأولى من عمره، له أهمية بالغة، فمن خلاله يمكنه أن يقدم نفسه للآخرين من خلال أنماط سلوكية معينة، يستعين على تحديدها باللغة، ومع إطراد النمو لدى الطفل يتعلم اللغة التي يتحدثها الآخرون من حوله، ويتعلم في نفس الوقت أشياء أخرى كثيرة قبل أن يذهب إلى الروضة.

ولذلك يمكن القول أيضا أن الطفل حين يتعلم اللغة، يصاحب هذا التعلم اكتسابا لأسلوب الحياة، ونظامها، والقيم والمعارف العامة في هذه الحياة، كما يكون بمقدور الطفل أن يدرك الكثير عن الآخرين، واتجاهاتهم نحوه من خلال كلامهم عنه، أو كلامهم إليه. والذي لاشك فيه أن نوع علاقات الطفل بالآخرين، لا تحدده اللغة فحسب، بل هناك عوامل كثيرة أخرى تحدد طبيعة هذه العلاقات كشعور الطفل بالطمأنينة وشعوره بالتقبل والحب. كما أن اللغة تسهم بنصيب كبير في إبراز هذه العلاقات وإكسابها درجة عالية من الموضوعية (سهير أمين، ٢٠٠٥: ٥٤).

وفي هذا الصدد، تذكر (سعدية بهادر، ١٩٨٧) أن الطفل العادي في مرحلة ما قبل المدرسة يستطيع اكتساب ما يقرب من خمسين مفهوما جديدا عن اللغة كل شهر، وبذلك يضيف هذه الثروة الكلامية إلى رصيده اللغوي الذي يتزايد بسرعة كبيرة خلال هذه المرحلة، مما يساعده على التواصل مع الآخرين، والتجاوب مع متطلبات الحياة الاجتماعية.

مراحل تطور نمو اللغة عند الأطفال:

الطفل يولد وهو مزود بالقدرة على التعبير، لكنه لا يستطيع القيام بهذه الوظيفة إلا عندما تصل أجهزته الداخلية الخاصة بعملية الكلام إلى درجة معينة من

النضج، فيبدأ في تعلم الكلام، وهذا معناه أن قدرة الطفل على تعلم اللغة تظل مشروطة بنضج الجهاز الصوتي وقدراته العقلية.

إذن، هناك مراحل أساسية لتطور نمو اللغة عند الطفل، وهذه المراحل يتعين عليه المرور بها حتى يصل إلى مرحلة تكوين الجمل والحوار مع الآخرين. ولكن عندما نتحدث عن مراحل تطور نمو اللغة لدى الطفل يجب أن نضع في الاعتبار أن هناك فروقا فردية ما بين الأطفال بعضهم البعض، وأن هناك مراحل يكون نمو اللغة لدى الطفل سريعا، ومراحل أخرى يكون فيها نمو اللغة بطيئا (سهير أمين، ٢٠٠٥ : ٥٤). وقد تواترت الإشارة – في عدد وافر من الكتابات السابقة – إلى المراحل والأطوار الفرعية، لنمو وتطور اللغة عند الأطفال، ويشيع في هذه الكتابات تقسيم هذا التطور إلى مرحلتين أساسيتين هما: مرحلة ما قبل اكتساب الطفل اللغة، ومرحلة اكتساب الطفل اللغة، ويمكن عرض مراحل وأطوار هذا التطور – بشيء من التفصيل – على النحو التالي:

المرحلة الأولى – مرحلة ما قبل اكتساب الطفل اللغة:

ويحددها بعض الباحثين على أنها تبدأ من يوم الولادة حتى يصل عمر الطفل نحو عام تقريبا، مع مراعاة أن هناك فروقا فردية بين الأطفال. وتنقسم هذه المرحلة إلى المراحل الفرعية الخمس التالية:

المرحلة الفرعية الأولى، وهي تنقسم بدورها إلى:

أ) صيحة الميلاد:

أو صرخة الميلاد هي الصوت الانعكاسي الأولي الذي يصدر عن الوليد لحظة الميلاد عندما تبدأ عملية التنفس حيث يكون الطفل الوليد قادرا على الصراخ، والصرخة الأولى التي تعلن عن ميلاده هي دليل حياة وصحة وسلامة ناتجة عن اندفاع تيار الهواء إلى رئتي الوليد بقوة، عبر حنجرته فتهتز الأوتار الصوتية، وهكذا تبدأ الحياة بمنعكس يعتمد في استثارته على دخول الهواء إلى الرئتين وخروجه منها.

وهكذا يمكن اعتبار صيحة الميلاد عقب خروج الطفل لهذه الحياة الدنيا أول صوت فطري تقتضيه عملية التكيف لانقطاع الأوكسجين الذي كان يصله من

الأم، وزيادة نسبة الكربون في الدم نتيجة لذلك، فتحدث عملية التنفس التي تهدف إلى تزويد الدم بقدر من الأوكسجين. ويمكن اعتبار هذه الصيحة استجابة طبيعية لعملية الولادة نفسها.

ب) التجشؤ:

وهي الأصوات التي تحدث نتيجة لاندفاع الهواء إلى الحنجرة، فتتحرك الأوتار (الحبال) الصوتية بفعل الهواء الذي تخرجه المعدة، بسبب الحليب الزائد عن حاجة الطفل، وحجم معدته الصغير.

ج) الصراخ:

يعد الصراخ استجابة تتوفر في حصيلة الطفل اللغوية منذ ولادته، وبالرغم من أن صرخات الطفل تشكل الوسيلة الوحيدة التي يستخدمها في التواصل مع العالم الخارجي، فإنه لا يمكن اعتبارها مثالا على اللغة عند هؤلاء الأطفال. وبالرغم من ذلك، فإننا نجد بعد مضي ما يقرب من شهر إلى شهر ونصف أن الطفل يصدر أصواتا أقرب ما تكون إلى الصراخ، ولكنها صرخات غير مبررة، بمعنى أنه يصدرها دونما مثير (جوع، عطش، ألم، بلل). وهذه الصرخة هي التي تعرف باسم (الصرخة اللغوية) أي الصرخة التي يستحث معها الطفل تدريجيا كأصوات واضحة متميزة عن الصراخ العام (إيهاب الببلاوي، ٢٠٠٦: ٥١).

وتتباين الإشارة إلى طول المرحلة الزمنية للصراخ، فعلى حين يذكر بعض الباحثين أنها تستمر لمدة شهرين، يرى آخرون أنها تمتد إلى نحو أربعة أشهر، وبصرف النظر عن طول هذه الفترة، فإنها – بلا شك – ذات وظيفة حيوية تتمثل في تدريب الجهاز الصوتي والأوتار الصوتية لدى الطفل لتحضيره لأداء الأصوات اللغوية، ومن هنا تبدو أهميتها الكبرى في أنها تعتبر تمرينا للجهاز الكلامي الذي يعمل على إنضاج أجهزة الصوت. ولذلك قد يقترح بعض الباحثين في المجال، أن تترك الأم الطفل الوليد يبكي لمدة زمنية تتراوح ما بين ١٥ – ٢٠ دقيقة لتقوية عضلات الصدر والرئتين.

وهناك كتابات عديدة تشير إلى ثلاثة أنواع من الصراخ والبكاء هي:

الأول – بكاء الجوع: ويسمع غالبا بعد بضع ساعات من الرضعة (الوجبة السابقة من اثنتين إلى أربع ساعات.

الثاني – بكاء الألم: والذي يمكن أن يحدث عند شك الطفل بإبرة أو عند الحقن، وهو بكاء يستمر لفترة طويلة نسبيا، يعقبه فترة صمت، ثم بكاء مرة أخرى بعد استعادة التنفس، ويصاحبه توتر عضلي في الوجه، وتقلصات عديدة في عضلات مختلفة من الجسم.

الثالث – بكاء الغضب: ويشبه بكاء الجوع، مع مزيد من دفع الهواء عبر الأوتار الصوتية، وهو صراخ طويل يدل على الغيظ والغضب.

المرحلة الفرعية الثانية – مرحلة الهديل والضحك Cooing and laughter

يذكر بعض الباحثين أنها مرحلة تمتد من عمر شهرين إلى خمسة أشهر، وقد سميت هذه المرحلة بمرحلة الهديل نظرا إلى أن الأصوات التي يصدرها الطفل قريبة الشبه بهديل الحمام، وفي هذه المرحلة الثانية يمكن تحديد بدايات أخذ الأدوار بين الأم والطفل التي يمكن أن ننظر إليها على أنها محادثات أولية، ويستطيع الطفل في هذه المرحلة أن يميز بين الأصوات الكلامية التي تصدر من أماكن مختلفة، والتي تحدث فيها تأثيرات مختلفة. ويمكن القول أن استجابة الطفل لهذه الأصوات التي تصدر في العادة عن الوالدين تعزز أواصر التعلق السوي والروابط الاجتماعية بين الطفل ووالديه، وبمقدور الطفل أن يكتسب القدرة على التمييز بين أنواع التنغيم المختلفة للكلام الصادر عن الأفراد المحيطين به، وأن يربط بينها وبين أحداث ومواقف معينة. ومع ذلك تظل بعيدة عن مرحلة فهم الطفل للمفردات والجمل باعتبارها رموزا لغوية.

ويذكر " إيهاب الببلاوي " (٢٠٠٦: ٥٣) أن الطفل في هذه المرحلة يبدأ في إصدار أصوات لا نستطيع تسميتها بكاءاً أو صراخاً، ذلك أنها ليست كالصراخ تماما، وإنما يمكن تصنيف تلك الأصوات – بشكل عام جدا – في نمطين اثنين هما:

النمط الأول – أصوات أنفية ضيقة تعبر عن عدم الارتياح.

النمط الثاني – أصوات مسترخية تصدر من خلف الفم وتعبر عن الارتياح والاسترخاء.

ويظهر أن هذه القدرة على التعبير عن الارتياح وعدم الارتياح، تعتبر عرضا طبيعيا للحالة الفسيولوجية العامة من حيث التوتر، أو الاسترخاء الذي يصيب عضلات الطفل. ولا تلبث – من خلال هذه الأصوات العامة – أن تتضح بشكل أكبر لدى الطفل – في هذه المرحلة الثانية – أصوات هي أقرب ما تكون إلى الصوامت (الأصوات الساكنة)، حيث تبدأ أعضاء الصوت في اعتراض تيار الهواء فتتشكل أصواتا شبيهة بالأصوات الساكنة، وتبدأ أيضا الأصوات غير الإرادية في الاختفاء ليحل محلها الأصوات الإرادية.

المرحلة الفرعية الثالثة – المناغاة Babbling

ابتداء من الشهر الثالث أو الشهر الرابع، وفي تداخل واضح مع المرحلة الثانية، تظهر بوادر المناغاة التي هي عبارة عن سلسلة طويلة من التمايزات الصوتية التلقائية التجريبية في صورة لعب يسهم في التنظيم الصوتي السمعي لأجهزة الطفل الكلامية، وعاداته اللغوية، وتدريب للحنجرة، والبلعوم، واللسان، لكن ليس لها مدلول لغوي بالمعنى الصحيح.

ويذكر " أونيز " Owens, R. 1988 أن أغلب الباحثين يركزون على المناغاة، نظرا إلى أنها أكثر السلوكيات ما قبل اللفظية دلالة، فعندما يكون الطفل راضعا بشكل جيد، وفي حال استرخاء، وملابسه جافة، وينام على ظهره في رضا وارتياح – وهو في عمر أربعة أشهر – نجده يقضي أغلب وقته في إنتاج أصوات تعرف بالمناغاة، ويستخدم الحروف الساكنة والمتحركة معا، فيقول على سبيل المثال: بابا، بابا، بابا، ويلاحظ أن هناك علاقة بين الأم والطفل في هذه المرحلة، فعندما تقول الأم بابا يقلدها الطفل. ويمكن القول أن جميع الأطفال في بداية هذه المرحلة يكونون على نفس الشاكلة، بمعنى أن الطفل أيا كان مكان مولده، ينطق نفس المقاطع التي ينطق بها طفل آخر من ثقافة أخرى، لا فرق في ذلك بين طفل أسيوي وطفل أفريقي وطفل أوربي، وبصرف النظر عما إذا كانت تلك المقاطع سيستخدمها الطفل في لغته الأم فيما بعد أم لا، فإن الأصوات الأنفية في اللغة الفرنسية، والأصوات الحلقية في اللغتين العربية والألمانية مما لا وجود لها في اللغة الإنجليزية،

مثلا، ينطق بها في هذه المرحلة جميع الأطفال سواء كانوا ألمانا أو إنجليز أو فرنسيين أو عرب، ولكن بتقدم الطفل في مرحلة اللعب الكلامي أو الصوتي تبدأ بعض المقاطع تتكرر أكثر من غيرها، في حين تحذف وتستبعد مقاطع أخرى هي تلك التي تعتبر خارجية بالنسبة للغة الأم.

ويذكر بعض الباحثين أن تقدم الطفل في مرحلة المناغاة – أن صح هذا التعبير – يمكن تفسيره في ضوء تعزيز الوالدين لإصدار الطفل مقاطع معينة من فم طفلهما، وأغفال مقاطع أخرى، والانتباه والعاطفة التي يغمر بها الوالدان طفلهما، عندما يقوم بإصدار مقاطع هي أشبه بالكلمات التي يتحدثان بها كفيلة بتشجيع الطفل على تكرار هذه الأصوات، ومن ثم الاستمرار في المناغاة. ويذكر " إيهاب الببلاوي " (٢٠٠٦ : ٥٥) أنه يلاحظ على الطفل في هذه المرحلة أنه يقوم بإحداث ترديدات من تلقاء نفسه، تكون شبه واضحة، وتأخذ شكل لعب صوتي، وتكون غاية في حد ذاتها، لا تعبيرا عن شيء معين، وذلك حينما يناغي الطفل نفسه. وقد يكون هذا اللعب الصوتي وسيلة للتواصل مع الآخرين ممن يحيطون به. وفي كلتا الحالين يجد الطفل في ذلك شعور باللذة والاستمتاع. ويعتبر ذلك بداية الترابطات السمعية الصوتية، وتعزز هذه الحركات الصوتية تدريجيا بفضل ردود فعل المحيطين بالطفل، مما يجعل الطفل يكتشف فعالية أصواته، فالطفل وهو جائع يقوم بحركات تشبه حركات المص، ونجده يتلفظ بشيء يشبه حرف اللام، وعندما يتناول ثدي أمه فإننا نجده يتلفظ بعبارات تشبه حروف من قبيل موم، موم.. وهذه التلفظات تلفظ نظر الطفل وأحاسيسه، شيئا فشيئا إلى أن يحدث شيء من التوافق بين نطق الطفل وسمعه، ويزداد ميل الطفل في حوالي الشهر الرابع إلى إحداث الأصوات واللعب بها (إيهاب الببلاوي، ٢٠٠٦ : ٥٥)

كما أن الأم في سياق رعايتها للطفل وعنايته به، قد تصدر بعض الأصوات حتى ينتبه لها الطفل، ثم يربط الطفل بين هذه الأصوات وحاجاته التي تقوم الأم بتلبيتها وإشباعها ويحاول تقليد هذه الأصوات، ويشعر بالرضا والسرور فيكررها مرة ثانية، وهنا قد تكافئه الأم، وذلك بإشباع حاجاته فيزداد ربطه بين الأصوات

والحاجات، ويزداد حبه لتكرارها، ذلك أن تكرارها لن يقتصر أثره على إدخال السرور إلى نفسه، بل يتعداه إلى تخفيف التوتر الناشئ عن الحاجة إلى إشباع معين. كما أن التكرار أو المكافأة – أحدهما أو كليهما – يؤدي إلى تحسين هذه الاستجابات، ونموها، وتطورها، وثباتها، وهنا يتعين القول أنه ليس من الضروري أن تكون المكافأة أو الإثابة طعاما أو شرابا، وإنما يكفي أن يكافئ الكبار المحيطين بالطفل هذه الأصوات التي يحدثها بالابتسامة أو القبلة أو غيرهما من أساليب إظهار الرضا للطفل.

وفي هذا الصدد، أوضحت البحوث والدراسات التجريبية أنه من الممكن زيادة المناغاة من خلال المعززات الاجتماعية Social reinforcers التي تتمثل في الابتسامة، وإيماءة الموافقة، وكلمات المديح والثناء وما إلى ذلك من المعززات، ولذلك فإن الأم حين تقوم بحمل الطفل، ومداعبته، وهو في حالة المناغاة، تلاحظ زيادة في وقت المناغاة. وكذلك – نجد أن الطفل أثناء فترة المناغاة يتلقى نوعين مهمين من التعزيز هما:

- تعزيز الذات Self – reinforcement المتمثل في السرور والمتعة من جراء إصدار هذه الأصوات.
- تعزيز اجتماعي Social reinforcement، وتشجيع من جانب الكبار المحيطين به الموجودين في الموقف.

وتتواتر الإشارة في المصادر والمراجع ذات الصلة نمو وتطور لغة الطفل إلى أن هناك نوعين من المناغاة:

الأول – المناغاة العشوائية:

وهي بمثابة مجموعة أصوات يبعثها الطفل في حال إحساسه بالارتياح وتمتعه بالدفء والشبع. وتتضمن المناغاة العشوائية أصواتا لا معنى لها، فقط يكررها الطفل وينطق بها بطريقة عفوية وتلقائية وعشوائية، لا يهدف الطفل من وراء إصدارها التعبير عن شيء، أو التواصل مع الغير، وإنما هي نشاط عقلي، يجد الطفل لذة في إصداره، ومتعة في سماعه، كما تعد المناغاة العشوائية تمرينا وإعدادا لأعضاء النطق على الكلام الذي سيتعلمه الطفل.

الثاني - المناغاة التجريبية:

وهي امتداد للنوع الأول - المناغاة العشوائية - ويمثل هذا النوع أهمية كبيرة في حياة الطفل، باعتبارها مرحلة تجريبية، يحرك فيها أجهزته الصوتية، بأشكال مختلفة، كما انه يستمع إلى نتائج هذه التعبيرات والحركات، ولذلك يمكن تسمية هذا النوع باللعب التجريبي للأصوات.

ويشير بعض الباحثين إلى أن مرحلة المناغاة تحتاج إلى ثلاثة عوامل مهمة حتى يمكنها أن تتطور، فالمناغاة من وجهة نظرهم تتطور نتيجة لثلاثة عوامل هي التمييز السمعي، والإحساس بالقدرة، والتعزيز الخارجي، وهذه العوامل يمكن شرحها بإيجاز على النحو التالي:

العامل الأول:

التمييز السمعي، ويشير إلى قدرة الطفل على التمييز بين مختلف الأصوات التي يصدرها، ويسمعها من حوله، وهي تظهر ما بين الشهرين الخامس والسادس من عمر الطفل. ويؤدي عامل التمييز السمعي إلى إحداث تغيير مهم، وتطور في عملية المناغاة ذلك أن التمييز السمعي يجعل الطفل يدرك تنوع الأصوات، ومن ثم يربط بينها، وبين طرق إخراجها.

العامل الثاني:

الإحساس بالقدرة، فنتيجة لقدرة الطفل على إحداث الأصوات عن قصد على النحو الذي أشرنا إليه في التمييز السمعي، فإن الطفل يبدأ في الإحساس بالقدرة، بمعنى مقدرته على إصدار الأصوات التي يسمعها. وهذا الجانب الوجداني يدفع الطفل إلى مواصلة الجهد، والاستمرار في القيام بالمحاولات، وهنا يتعين القول أن عملية إصدار الأصوات عملية مجهدة، وتحتاج إلى مواصلة الجهد، وتكرار المحاولات.

العامل الثالث:

التعزيز الخارجي، وهو عامل ثالث لا يقل أهمية عن العاملين السابقين، ونعني به سماع الطفل لأصوات مشابهة تنطقها الأم أو ينطقها غيرها من المحيطين به. وتشبه

إلى حد ما الأصوات التي ينطقها هو، فالأم عندما تبدأ في سماع مناغاة الطفل، تبدأ في ترديد الأصوات التي يصدرها، وهي تغمرها السعادة، وهي تمهد له – بتلك الاستثارة – مدى أبعد على مستوى التفاعل الاجتماعي المتبادل بين الطفل والبيئة.

المرحلة الفرعية الرابعة – مرحلة المناغاة المتكررة Reduplicated Babbling

ابتداء من الشهر السادس وحتى يصل عمر الطفل إلى نحو عام، تبدأ مرحلة فرعية رابعة من مراحل ما قبل اكتساب الطفل اللغة. وقد سميت بهذا الاسم لأن المقاطع الناتجة هي عبارة عن أصوات مكررة، وقد تظهر في بعض الأحيان كأنها كلمات، لكنها ليست بكلمات. والمتتبع للمراحل الفرعية الثلاث السابقة، سوف يلحظ دون عناء أنها تقترب بالطفل من المرحلة الرئيسية الثانية، نعني مرحلة إنتاج الكلمات، ففي كل مرحلة من المراحل الفرعية السابقة، يقترب الطفل رويدا رويدا من النطق بكلمته الأولى، وهذه المرحلة الفرعية الرابعة تؤهله إلى دخول المرحلة الفرعية الخامسة والأخيرة، وهذه المرحلة الأخيرة، تعتبر مرحلة انتقالية تقع بين المرحلة الرئيسية الأولى بمراحلها الفرعية الخمس بالمرحلة الرئيسية الثانية مرحلة اكتساب اللغة.

ويسعد الأطفال كثيرا – خلال هذه المرحلة – بالتفاعل الصوتي مع الأم أثناء الأنشطة اليومية العادية من قبيل تناول الطعام، والاستحمام، والتنظيف وما إلى ذلك. وإذا لم يظهر الطفل هذه السعادة، فقد يكون ذلك دليلا على أنه يعاني من مشكلات في عملية التواصل. ولهذا يذكر العديد من الباحثين أن المناغاة الصادرة عن الأطفال، وأصواتهم خلال هذه المرحلة، وكذلك تفاعلاتهم من الكبار عن طريق الاستقبال والإرسال، على الرغم من أنه قد يكون عديم المعنى، إلا أنه يعد أساسا للتواصل اللفظي فيما بعد، ولذلك فقد يعاني الطفل من مشكلات في النطق إذا حرم من هذا التفاعل، وكذلك إذا لم يجد من يعززه على إنتاج الأصوات، ومحاولة التواصل مع الآخرين. وهكذا في نهاية العام الأول، يكون بمقدور أغلب الأطفال أن يتواصلوا بطرق عديدة، فإيماءاتهم، وأصواتهم، وعيونهم تحمل رسائل كاملة للوالدين، كما يكون بمقدور أغلب الأطفال أن يشيروا إلى الأشياء التي

يريدونها، والطفل القادر على المشي يقوم بهز وتحريك الوالدين، لكي يقول لهم أنه يريد شيئا ما، فنجده – على سبيل المثال – يأخذ يد الأم، ويذهب بها إلى المكان المرتفع الذي يريد منه لعبته.

المرحلة الفرعية الخامسة – المناغاة غير المتكررة:

ابتداء من الشهور الثلاثة الأخيرة من العام الأول، وحتى يصل الطفل إلى عمر العامين أو ربما عمر العامين والنصف، تبدأ مرحلة فرعية خامسة من مراحل ما قبل اكتساب الطفل اللغة. ذلك أن الطفل يبدأ منذ حوالي الشهر التاسع تقريبا في تقليد الأصوات التي يسمعها من الكبار. ويكون تقليده لتلك الأصوات – في بادئ الأمر– تقريبيا وبطبيعة الحال غير دقيق. ولكن مع استمرار الطفل في عملية التقليد، تقترب الأصوات التي يصدرها، وبالتدريج، من أصوات الكبار ممن يحيطون به. وهنا تجدر الإشارة إلى أن الكبار يلعبون دور محوريا في تعزيز نطق الطفل وتقليده، فيشجعونه على التكرار وهكذا..

ومن الأمور المألوفة والمتوقعة أن الأطفال عادة ما يبدأون الكلام عن الأشياء المتداولة في بيئتهم، وما تقوم به من وظائف. ونظرا إلى أن مكونات البيئة التي تحيط بالطفل ووظائفها متشابهة، نجد أن المفردات اللغوية الأولية عند الأطفال جميعا تكاد تكون واحدة، ومن الشائع بينها تلك الكلمات التي تشير إلى أصحاب الأهمية من الناس، مثل ماما، دادا، بيبي، والكلمات الدالة على الطعام مثل (حليب، بسكويت، عصير)، وأجزاء الجسم (أذن، عين، أنف). كما أن الأطفال يسمون ملابسهم كذلك (جزمة، برنيطة، جورب)، والحيوانات (كلب، قط)، وبعض الأدوات المنزلية (ساعة، كرسي)، والمركبات (عربية، عجلة، أتوبيس) وما إلى ذلك (إيهاب الببلاوي، ٢٠٠٦: ٥٩).

والطفل الذي أتم عامه الأول، يمكنه أن يضع كثيرا من المعاني في الكلمة الواحدة، بمعنى أن الطفل لا يستطيع من خلال كلمة واحدة أن يسمى شيئا من الأشياء وحسب، وإنما هو يستطيع أيضا أن يصف فعلا من الأفعال، أو أن يتقدم بطلب، أو يعبر عن حالة من حالاته الانفعالية. ومن الطبيعي أن المعنى الذي يقصده الطفل لا يمكن فهمه من قبل المحيطين به إلا في سياق مواقف الحياة اليومية.

المرحلة الأساسية الثانية – مرحلة اكتساب الطفل اللغة:

سبقت الإشارة إلى أن مراحل تطور نمو اللغة عند الأطفال، يمكن تقسيمها إلى مرحلتين أساسيتين هما مرحلة ما قبل اكتساب الطفل اللغة، ومرحلة اكتساب الطفل اللغة. وقد تبين أن المرحلة الأساسية الأولى تنقسم لأغراض الدراسة والبحث إلى خمس مراحل فرعية وهي: مرحلة صرخة (صيحة الميلاد)، ومرحلة الهديل والضحك، ومرحلة المناغاة، ومرحلة المناغاة المتكررة، ومرحلة المناغاة غير المتكررة، وأما المرحلة الأساسية الثانية، مرحلة اكتساب الطفل للغة، فيتواتر تقسيمها إلى ثلاث مراحل فرعية، هي: مرحلة الكلمة الجملة، ومرحلة الجملة المكونة من كلمتين، ومرحلة الجملة المكونة من ثلاث كلمات فأكثر. وتلك المراحل الفرعية الثلاث يمكن الإشارة إليها - بشيء من التفصيل - على النحو التالي:

المرحلة الفرعية الأولى- مرحلة الكلمة الجملة Holophrase stage

ويطلق عليها عديد من الباحثين مرحلة الكلمة الجملة One – Word phrase وينطق الطفل الكلمة الأولى في عمر عام، في المتوسط، مع وضع الفروق الفردية بين الأطفال في الاعتبار، وعادة ما ترتبط الكلمات الأولى بالأشياء والأحداث الموجودة في عالم الطفل مثل أسماء اللعبات، وأسماء الحيوانات الأليفة، والعديد من أصناف الطعام. وتشير الكتابات ذات الصلة إلى أن كلمتي بابا، وماما، تعدان من أوائل الكلمات التي ينطقها الطفل، وبرغم قلة الأفعال والكلمات الدالة على الأداء، فإن كلمة بابا، أو كلمة ماما تكون من بين أول خمسين كلمة.

في هذه المرحلة الفرعية، يكون الأطفال – بوجه عام – سريعي اكتساب الكلمات سهلة النطق، وأسماء الأشياء والحيوانات المتحركة، حيث يتم اكتسابها مثل كلمة قطة، وكلمة كلب، وذلك قبل نطقهم كلمات من قبيل: كرسي، مطبخ.. الخ.

ومما يجدر ذكره، أن كثيرين من الأطفال – في هذه المرحلة – يستخدمون كلمة واحدة للإشارة إلى عدد كبير من الأشياء، أو الأحداث، أو الأفكار. ولذلك نجد أن علماء اللغة يطلقون على هذه الظاهرة مصطلح "الكلمة – الجملة" كما

سبقت الإشارة للدلالة على أن الكلمة الواحدة يمكن أن تخدم الغرض نفسه الذي تؤديه الجملة الكاملة. ولنضرب مثلا على ذلك، أن الطفل حين يصدر لفظة معينة ولتكن كلمة " ماما " على سبيل المثال، فإنه قد يعني أشياء كثيرة معتمدا في ذلك على الموقف الذي قيلت فيه الكلمة، ففي موقف معين يمكن أن يستخدمها الطفل ليقصد بها "ماما، ساعديني كي أنزل من هنا" وفي موقف ثاني يستخدمها الطفل ليقصد بها "ماما، أريد أن أشرب مزيدا من الماء" وفي موقف ثالث يستخدمها الطفل ليقصد بها "ماما، انظري ماذا فعلت" وفي موقف رابع يستخدمها الطفل ليقصد بها "ماما، لقد ضربتني أختي"، وفي موقف خامس يستخدمها الطفل ليقصد بها "ماما، أين أنت"، وفي موقف سادس قد يستخدمها الطفل ليقصد بها "ماما، أنا خائف من هذا الشيء"، وفي موقف سابع قد يستخدمها الطفل ليقصد بها "ماما، خذي عني هذا الشيء الثقيل" وهكذا يمكن أن تستخدم كلمة واحدة في الإشارة إلى عشرات المعاني في كل المواقف.

ويذكر كل من " الخلايلة واللبابيدي " (١٩٩٥: ٧٠) أن الكبار لا يستطيعون فهم الجمل ذات الكلمة الواحدة، أو حتى الجمل ذات الكلمتين فهما تاما إلا من خلال الموقف الكلي الذي قيلت فيه الكلمة، وعن طريق تخمين مقاصد الطفل فمثلا، قد ينطق الطفل كلمة " باب " ويسمعه والده، فما الذي يريده الطفل، هل أن يفتح الباب أم يغلق، ولكن عندما يقرر والده الموقف الكلي، حيث يجد الطفل عند باب مغلق، فإنه يخمن أن المطلوب هو فتح الباب، أي أن المعلومات تفسر من خلال الموقف العام، ومن معلوماتنا نحن، وتوقعاتنا، ومن التعبيرات الانفعالية على وجه الطفل وإشاراته.

وتجدر الإشارة ونحن نتحدث عن مرحلة الكلمة – الجملة إلى أن الطفل يمر بظاهرة يمكن تسميتها "الكمون اللغوي " ذلك أن مفرداته لا تزيد كثيرا، إلى درجة أن بعض الباحثين يذكرون أن عددها لا يزيد عن (١٩) تسعة عشر كلمة فقط ويذكرون أيضا، أن هذا الكمون اللغوي يمكن عزوه إلى انشغاله بالتسنين والمشي، والتعرف على مكونات بيئته. بيد أنه يتعين القول أن هذا الكمون لا يعني

أن نموه اللغوي قد توقف، ذلك أن الطفل يستمر في فهمه للكلمات، والتراكيب اللغوية، ووظائفها الاجتماعية. وينقل " الببلاوي، ٢٠٠٦: ٦١ " عن " كولينز " أنها أيدت ذلك، حيث تذكر أن الرضيع يفهم بعض العبارات، ويستجيب استجابات ملائمة، قبل أن يستطيع استخدام اللغة، أي أنه قادر على فهم الحوار الذي يدور حوله، قبل أن يصبح قادرا على التعبير عما يدور بخلده تعبيرا لغويا صحيحا.

المرحلة الفرعية الثانية - مرحلة الجملة المكونة من كلمتين:

تبدأ هذه المرحلة – مع مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال – من منتصف العام الثاني من عمر الطفل وحتى نهايته. وقد تمتد إلى بدايات السنة الثالثة. ويغلب على هاتين الكلمتين أنهما أسماء لأشياء، وقد يتخللهما أفعال. وتأتي كلمتي الطفل – من حيث التعبير – سليمتين من الناحية الوظيفية، أي أن الطفل يعبر بهما عن حاجاته الأساسية، غير انهما تكونان غير سليمتين من الناحية البنائية، أي من ناحية التركيب اللغوي (اتباع قواعد النحو).

وتجدر الإشارة إلى أن الكلام الذي لا يشتمل على أية خصائص نحوية، يطلق عليه الكلام شديد الإيجاز، أو الكلام البرقي الذي يشبه كلمات التليغراف، حيث يتم فيه حذف الكلام غير الأساسي. وفي هذا النوع من الكلام نلاحظ ضياع العديد من الخصائص النحوية، فالطفل يكون بمقدوره أن يستخدم الأسماء، والصفات، والأفعال، ويحذف حروف الجر، وأدوات التعريف، وأدوات الربط. ويقل النقص في الخصائص اللغوية كلما اكتسب الأطفال العديد من الخصائص النحوية للغة، ويصبح النطق دقيقا، وصحيحا نحويا، كما يزداد طول النطق، وتصبح الخصائص النحوية المعقدة جزء من جمل الأطفال.

وفي هذه المرحلة تظهر قدرة الأطفال على تجميع الكلمات المفردة في جمل ذات معنى تمكنهم من تفاعل أكثر، وإيجابية أوضح مع كل من يحيطون بهم من الناس، وقد يستطيع بعض الأطفال القيام بذلك عندما يصلون إلى الشهر الثامن عشر من أعمارهم، إذ يكون بمقدورهم في هذه السن الباكرة جدا، أن يربطوا بين كلمتين ليكونا منهما جملة ذات معنى، وبعد ذلك تختفي الكلمات المفردة تدريجيا من حصيلة الطفل اللغوية لتحل محلها جمل مكونة من كلمتين.

وبوجه عام، يمكن القول أن الجمل التي يستخدمها الأطفال، نعني الجمل المكونة من كلمتين تتميز بأنها قصيرة، وبسيطة، وتحتوي فقط على الكلمات الأساسية والمهمة، في حين تهمل الكلمات غير الأساسية، وحروف الجر، وظروف الزمان والمكان، ولذلك يطلق عليها في الكتابات ذات الصلة بنمو لغة الطفل مصطلح "لغة البرقيات " Telegraghic Speech ذلك أنها تشبه إلى حد كبير اللغة التي نستخدمها عندما نرسل برقية لأحد معارفنا، إذ نقوم بحذف حروف الجر، والظروف وغيرها من الكلمات غير الضرورية، ونبقي على الكلمات الضرورية لفهم الرسالة، وفي هذا الصدد، يذكر " عماد الدين إسماعيل " (١٩٨٦ : ١٣١) أن الطفل يصدر أول تعبير من كلمتين عندما تكون مفرداته قد وصلت إلى نحو خمسين كلمة، أي في حوالي سن السنتين. وسرعان ما يزداد عدد الكلمات التي تتضمنها تعبيرات الأطفال بعد ذلك. وتعكس هذه اللغة التليغرافية – كما سماها كل من براون وفرايزر، ١٩٦٣ – اتباع الطفل نظاما معينا في التركيب اللغوي. ولقد حاولت نظريات متعددة أن تكتشف القواعد التي يتبعها الطفل في هذا النظام، وأن تضع تفسيرا لها، فهذه اللغة وإن كانت تبدو لأول وهلة أشبه بلغة البرقية، إلا أن ما يحذفه الطفل من الجملة القصيرة، لا يحدث لمجرد الاختصار، بقدر ما يحدث للتعبير عن معنى معين، وبشكل مقصود، فالذي يحكم ذلك إذن هو المعنى الذي يريد الطفل أن يعبر عنه. على أن هذا المعنى لا يفهم إلا من السياق الذي تظهر فيه مثل هذه التعبيرات، فعندما يقول الطفل – مثلا – ماما تان، فإنه يعني هذا فستان ماما. ذلك أن السياق وحده هو الذي يحدد أيا من هذه المعاني التي يقصد الطفل أن يعبر عنها، وكما في الكلمة – الجملة قد يضيف الطفل من الإشارات ما يعوض الكلمات المحذوفة. وبالتدريج يستطيع الطفل – بعد ذلك – أن يتحدث بتركيبات لغوية صحيحة.

المرحلة الفرعية الثالثة – مرحلة الجملة المكونة من ثلاث كلمات فأكثر:

يرى بعض الباحثين أن هذه المرحلة هي أسرع مراحل النمو اللغوي من حيث الحصيلة اللغوية، ومن حيث استعماله في التعبير والفهم الواضحين، حيث يبدأ

الطفل في تكوين الجمل القصيرة من ثلاث أو أربع كلمات لتؤدي المعنى الذي وظفت من أجله، رغم أنه يشوبها الخلل من حيث التركيب اللغوي، ويلي ذلك مرحلة الجمل الأطول من حيث عدد الكلمات خاصة في العام الرابع، حيث تتكون الجمل ما بين أربع إلى ست كلمات، وهي تتميز بأنها جمل تامة الأجزاء، واكثر دقة وتعقيدا من المرحلة السابقة.

وهناك من الباحثين من يرى أن بداية هذه المرحلة تتحدد في بناء الجمل، من حيث الاستخدام الأول لعلامات القواعد، وأنها مرحلة تستمر لعدة سنوات، ذلك أن الطفل لا ينتقل فجأة من الجمل المكونة من كلمتين إلى الجمل المكونة من ثلاث كلمات فأكثر، ثم إلى الجمل الصحيحة عند الكبار، وإنما هذه الانتقالات اللغوية – إن صح هذا التعبير – عملية تحتاج إلى سنوات، وربما لا تتم على نحو كامل حتى يقترب الطفل من دخول المدرسة، ويستطيع الطفل خلال هذه المرحلة، بالإضافة إلى تمكنه من الجملة المكونة من ثلاث كلمات واكثر، من أن يعيد الجمل المكونة من خمس أو ست كلمات بصورة صحيحة، كما تزداد الحصيلة اللغوية للطفل من حيث الكم، بحيث لا نبالغ إذا قلنا أن هذه الحصيلة تضم ما يزيد عن ألفي كلمة، كما يتحسن مستوى كلام الطفل من حيث الكيف، بحيث يكون بمقدور الطفل أن يراعي القواعد اللغوية إلى حد كبير، وأن يستخدم أدوات الربط، والأفعال، والنفي، والإثبات... الخ.

ويستطيع الطفل – في أثناء سنوات هذه المرحلة – أن ينطق تسعين بالمئة من الأصوات الساكنة، بصورة صحيحة، بصرف النظر عن موضعها في الكلمة، وبصورة عامة يقترب كلام الطفل إلى حد كبير من كلام المحيطين به، إذ يستطيع تغيير نغمة كلامه، وشدته كي يؤثر على المستمع، ويمكنه التحدث بلغة تناسب الموقف. فيتحدث – مثلا – بلغة مبسطة مع الصغار، ويخفض صوته إذا طلب منه ذلك، ويصبح مهيئا لتلقي تعليم مقصود، وينتظم في مرحلة ما قبل المدرسة، ويحفظ الأناشيد، والقصص بشرط أن تكون كلماتها غير معقدة.

ويرى بعض علماء اللغة أن القدرة على اكتساب اللغة عند الطفل، تكون في قمة نشاطها قبل السنة الخامسة، في حين تبدأ في الفتور بعد سن البلوغ. وهذا ليس معناه أن عملية اكتساب اللغة قد تتوقف، بل هي عملية مستمرة ونشطة مدى الحياة. كما أن مراحل النمو اللغوي ليست منفصلة بل هي متداخلة، وليس في مقدور أحد أن يضع بداية ونهاية لكل مرحلة. وكل المحاولات التي تجري بهذا الشأن هي بهدف الدراسة والبحث. وأن اللغة تتبع في نشأتها، ونموها، جدولا زمنيا متدرجا، وفق رأي معظم العلماء المتخصصين في المجال. (عبدالعزيز سليك، ٢٠١١: ٣٥).

المرحلة الفرعية الرابعة – مرحلة الجملة المكونة من أربع كلمات فأكثر:

في هذه المرحلة تزداد قائمة مفردات الطفل لتصل إلى عدد يتراوح ما بين (١١٠٠) ألف ومئة كلمة، في سن أربع سنوات إلى (٢١٠٠) ألفين ومئة كلمة في سن ست سنوات. ويزداد ظهور الصفات، والظروف، وحروف الجر، وحروف العطف، والضمائر في كلام الطفل. ويتكلم جملا تتراوح كلماتها ما بين ٤ – ٦ كلمات، وتتحسن قدرته الخاصة بالطلاقة، وبالنسبة للتلقي اللغوي يستطيع أيضا تنفيذ أوامر أكثر تعقيدا تحوي أفعالا تتراوح ما بين فعلين إلى ثلاثة أفعال، ويفهم الطفل الجمل التي تبدأ بكلمات مثل (إذا، بسبب، عندما، لماذا) ويستجيب بشكل صحيح لجمل أكثر تعقيدا (محمد فتحي، ١٩٨٧: ٥١).

وتزداد المفردات اللغوية لدى الطفل في المرحلة العمرية ما بين ٤ – ٦ سنوات بمعدل أكبر من زيادتها في الأعوام السابقة بهذه المرحلة، حيث تتراوح مفرداته اللغوية في هذه المرحلة ما بين (٩٠٠) تسعمائة إلى (٢٥٠٠) ألفين وخمسمائة كلمة، كما أنه يكتسب بعض القواعد اللغوية التي تمكنه من التواصل مع الآخرين بشكل سليم، وهذه الزيادة في المفردات اللغوية تحقق للطفل الحرية في اختيار الكلمات المناسبة للمواقف التي يتعرض لها (هاني عليان، ٢٠١١: ٣٦).

كما أن الطفل في هذه المرحلة تزداد مهاراته اللغوية، فهو يستطيع أن ينطق معظم أصوات اللغة العربية، ويستطيع أن يقص قصصا مفصلة باستخدام جمل مركبة نسبيا إلى حد ما، بحيث تتكون الجملة من حوالي ثماني كلمات، والطفل

لا يقتصر حديثه فقط على ذكر الأحداث التي تعرض لها، والأشياء التي يرغب في الحصول عليها، وإنما يستطيع أن يتحدث عن أحلامه وخيالاته. وفي بعض الأحيان قد يصدر بعض الأوامر لإخوته أو أخواته، أو أصدقائه، ويطلب منهم أن يحضروا له أشياء أو أن يبعدوا عنها (عبد الرحيم عبد الله، ٢٠٠١: ٥٠٤ – ٥٠٦).

كما أن الطفل في مرحلة الروضة تنمو لغته الإستقبالية، حيث يستطيع الطفل فهم زمن الأحداث التي تمر به، ويجيب عن أسئلة: كيف ؟ ويكون بمقدوره تنفيذ عدة أوامر لفظية متتالية، وبالنسبة لنمو لغته التعبيرية يستطيع الطفل التواصل مع الآخرين بسهولة، وتكون لديه القدرة على إعطاء تفاصيل حدث معين، ويستخدم قواعد اللغة أثناء الحوار مع الآخرين، وتكون لديه القدرة على سرد قصة، وفي هذا الصدد تذكر كل من " كريمان بدير وإميلي صادق " (٢٠٠٣: ٣٤ – ٣٥) أن الطفل في هذه الفترة –ما بين ٤ – ٦ سنوات – يتقن قواعد التركيب السياقي، مع استخدام صور الجمع والمثنى، وتبدأ مرحلة إثبات القدرة على تعلم القراءة والكتابة، ونجد أن الطفل يتحدث بإطراد، ويتكلم بثبات. والطفل في هذه السن لا يمل الكلام، ولا يسأم من الحديث، وهو يتحدث إلى من حوله، ويتحدث حتى إلى الدمى، واللعب، والقطط، والحصان، ويكثر من الحديث إليها خصوصا عندما لا يجد من يكلمه فهو يكلم لعبه الصماء. والطفل هنا أيضا يكثر من طرح الأسئلة، فكلمة (ليه) تتردد على لسان الطفل بكثرة وسهولة، وعن طريق كلمة (ليه) يعمل الطفل على استمرارية الحديث بينه وبين الكبار. إنه يسأل: لماذا ؟ كيف ؟ متى، أين ؟ بصورة متلاحقة دون توقف. والأطفال في هذه الفترة من العمر يميلون إلى خلط كلماتهم بالهزل والمزاح. فهم يكررون الكلمات الجديدة مرات ومرات، وهذا أمر يشحذ أذهانهم ويجعلها مستعدة للغة الشفهية. والطفل في هذه السن توجد لديه رغبة ملحة في معرفة معاني الكلمات، كما أنه في هذا العمر – أيضا – يهوى اللعب بالكلمات التي لها نفس الوزن، ويفرح بذلك كثيرا، فيكفي أن تقول للطفل " عايزك تقول لي كلمة زي كلمة نار " فيذكر لك "دار، فار، حمار " وما إلى ذلك.

وبوجه عام، يمكن القول أنه كلما تدرج الأطفال في نموهم، كانت جملهم أطول، وكان ذلك مؤشرا لكفاءتهم اللفظية، وأنه كلما تقدم الطفل في نطق الجمل ذات الكلمات المتعددة، يحدث تنوعا أكبر في البناء اللغوي لديهم، والشكل رقم (١) يلخص المرحلتين الأساسيتين لنمو اللغة عند الأطفال وما ينبثق عنهما من مراحل فرعية عديدة:

مراحل تطور نمو اللغة عند الأطفال	
المرحلة الأساسية الأولى مرحلة ما قبل اكتساب الطفل اللغة	المرحلة الأساسية الثانية مرحلة اكتساب الطفل اللغة
١. المرحلة الفرعية الأولى: صيحة الميلاد والتجشؤ والصراخ ٢. المرحلة الفرعية الثانية: مرحلة الهديل والضحك ٣. المرحلة الفرعية الثالثة: المناغاة وتتضمن المناغاة العشوائية والمناغاة التجريبية ٤. المرحلة الفرعية الرابعة: المناغاة المتكررة ٥. المرحلة الفرعية الخامسة: المناغاة غير المتكررة	١. المرحلة الفرعية الأولى: مرحلة الكلمة الجملة ٢. المرحلة الفرعية الثانية: مرحلة الجملة المكونة من كلمتين ٣. المرحلة الفرعية الثالثة: مرحلة الجملة المكونة من ثلاث كلمات فأكثر ٤. المرحلة الفرعية الثالثة: مرحلة الجملة المكونة من أربع كلمات فأكثر

شكل رقم (١)

يوضح المرحلتين الأساسيتين لنمو اللغة وما ينبثق عنهما من مراحل فرعية عديدة

كما يوضح الجدول رقم (١) مراحل تطور نمو اللغة عند الطفل بالأشهر والسنوات:

جدول رقم (١)

يوضح مراحل تطور نمو اللغة عند الطفل بالأشهر والسنوات

العمر	المهارات اللغوية
منذ الميلاد حتى سن ستة أشهر	فترة ما قبل اكتساب الطفل اللغة، ونمو وعي الطفل وإدراكه الحسي للعالم المحيط به دون أن يفهم الكلمات، أو يصدرها على مستوى رمزي، وكذلك النطق باستخدام التنغيم أو الترنيم كما يستجيب الطفل لسماع اسمه، ويستجيب للأصوات البشرية بدون تلميحات بصرية بتحويل رأسه وعينيه
من سبعة أشهر إلى اثنى عشر شهرا	يبدأ الطفل في فهم معاني بعض الكلمات. وهناك فرصة لتدريبه لغويا على إخراج الأصوات المختلفة. ويستخدم الطفل كلمة أو أكثر ذات معنى، وربما يستخدم مقطعا من كلمة. ويفهم الطفل التعليمات أو التوجيهات البسيطة، خصوصا إذا كانت مصاحبة لتلميحات صوتية أو حركات جسمية
منذ اثنى عشر شهرا حتى ثمانية عشر شهرا	هناك زيادة في الحصيلة اللغوية، ويستخدم الطفل كلمة أو أكثر ذات معنى. وربما يستخدم مقطعا من كلمة. ويفهم الطفل التعليمات أو التوجيهات البسيطة خصوصا إذا صاحبها تلميحات صوتية أو حركات جسمية
من ثمانية عشر شهرا حتى أربع وعشرين شهرا	يستخدم الطفل جملا تتكون من كلمتين، ويفهم الطفل معنى الألفاظ والكلمات. ويلاحظ أن هناك نموا سريعا في الحصيلة اللغوية، ويفهم الطفل ما يقوله الآخرون. ولديه مفردات تتراوح ما بين خمسة إلى عشرين مفردة على وجه التقريب. وتتكون تلك المفردات بصورة رئيسية من الأسماء باعتبارها محسوسات وبمقدور الطفل اتباع الأوامر البسيطة ولذلك يسميها البعض مرحلة التسمية ثم يستعمل بعد ذلك الضمائر عند أواخر السنة الثانية ويأخذ في استعمال الأفعال في حدود السنة الثانية.
من سن عامين حتى سن ثلاث سنوات	يتحدث الطفل جملا مكونة من ثلاث كلمات، ويفهم معنى الأسئلة البسيطة، ويستخدم الضمائر مثل أنا ونحن. وتزداد لديه القدرة على فهم الكلمات المنطوقة وتزداد مفردات الطفل في هذه

العمر	المهارات اللغوية
	الفترة بشكل كبير وتشيع الجمل البسيطة وتحتوي جملا مكونة من أربع كلمات ويزداد فهم المعنى فيصل عند سن العامين إلى ٤٩٪ من مجموع كلام الطفل، ويصل إلى ٩٣٪ عند سن عامين ونصف. ويزداد حجم مفردات الطفل حيث يكتسب الطفل خلال الفترة ما بين عامين وعامين ونصف ما بين ٣٠٠ – ٤٠٠ كلمة.
من سن ثلاث إلى أربع سنوات	يصبح بمقدور الطفل استخدام تراكيب لغوية ونحوية أكثر صعوبة وتعقيدا عن ذي قبل، كما تتكون لديه حصيلة لغوية يفهمها جيدا، وهي حصيلة تقل بطبيعة الحال عما يستخدمه بالفعل. كما يكون الطفل قادرا على فهم التعليمات التي تصدر له، وقادرا على فهم معاني القصص والحكايات التي تروى له.
من سن أربع إلى سن ست سنوات	تكتمل لغة الطفل وتزداد الحصيلة اللغوية لديه ويستطيع مواصلة الحوار مع الآخرين، ويستخدم جملا مكونة من أربع كلمات فأكثر. كما يستطيع استخدام حروف الجر، والضمائر وأدوات الاستفهام بصورة سليمة. ويستطيع أن يصف ويعبر عن المشاهد التي يشاهدها. كما يستطيع ذكر أسم العملات المختلفة، والألوان ويذكر عمره، وتاريخ ميلاده ويسمى أفراد عائلته.
من سن ست سنوات فأكثر	يستخدم الطفل جملا أطول وأكثر تركيبا وتعقيدا مع عدد أقل من الأخطاء في قواعد اللغة الأساسية، ويستمر تنامي الحصيلة اللغوية، ويصبح الطفل قادرا على التحكم في الأصوات اللغوية التي ينطقها

كلمة ختامية:

في اختتام هذا الفصل، تجدر الإشارة إلى أنه لا يوجد هناك من يعلم على وجه الدقة كيف يتعلم الأطفال اللغة، ولماذا ؟ وأن الذي نعرفه أن النمو اللغوي يرتبط بشكل عام بالنضج الجسمي، والنمو العقلي المعرفي، والتنشئة الاجتماعية أما تلك التفاصيل التي تتعلق بما يحدث فسيولوجيا ومعرفيا واجتماعيا في تعلم أو اكتساب اللغة، فلا يزال يمثل نقطة خلافية ومثار جدل حتى الآن.

وينقل "هلاهان وكوفمان" (٢٠٠٨: ٤٩١) عن نيلسون Nelson (١٩٩٨) أنه طرح ست وجهات نظر لغوية تحكم دراسة التواصل البشري، في أوقات متباينة، وأنه من خلال وجهات النظر تلك، وما تم إجراؤه من بحوث ودراسات في ضوء كل منها يمكن أن نقرر ما يلي:

١ – أن النمو اللغوي يعتمد على نمو المخ، والأداء الوظيفي المناسب للمخ، ومن ثم فإن اضطرابات اللغة تنشأ أحيانا نتيجة لوجود خلل في الأداء الوظيفي للمخ والأساليب التي يمكن أن يتبعها الطفل لتعويض مثل هذا الخلل، وهو الأمر الذي يمكن له أن يتعلمه في بعض الأحيان ولكن من الواضح أن التركيز هنا يكون على النضج البيولوجي.

٢ – أن تعلم اللغة يتأثر بما يمكن أن يترتب على السلوك اللغوي. ويمكن أن تنتج اضطرابات اللغة عن التعلم غير الملائم، كما يمكن أن يتم ترتيب تلك النتائج في سبيل علاج اضطراب اللغة، وبذلك يتضح أن التركيز هنا ينصب على علم النفس السلوكي.

٣ – يمكن تحليل اللغة إلى مدخلات ومخرجات وفقا لارتباطها بذلك الأسلوب الذي تتم به معالجة المعلومات، ومن ثم فإن المعالجة الخاطئة يمكن أن تؤدي إلى حدوث بعض الاضطرابات اللغوية، كما يمكن أن تؤدي أيضا إلى تعلم بعض مهارات المعالجة الفعالة. وبالتالي فإن التركيز حينئذ على معالجة المعلومات.

٤ – أن اللغة تقوم على قواعد لغوية، وأن اضطرابات اللغة يمكن بالتالي وصفها على أنها فشل في تطبيق القواعد المناسبة لتشفير الرسائل المختلفة، وفك شفرتها. ويمكن لنا أن نتغلب أحيانا على تلك الاضطرابات بتعليم الأطفال استخدام القواعد اللغوية. وبالتالي فالتركيز هنا ينصب على استنباط القواعد اللغوية.

٥ – أن اللغة تمثل إحدى المهارات المعرفية العديدة. وأن اضطرابات اللغة تعكس مشكلات أساسية في التفكير والتعلم. ويمكن أن نواجه تلك الاضطرابات بفاعلية إذا ما قمنا بتعليم الأطفال مهارات معرفية معينة. وبالتالي ينصب التركيز هنا على النمو المعرفي.

٦ – أن اللغة تنبع من الحاجة إلى التواصل خلال التفاعلات الاجتماعية. أما اضطرابات اللغة، فإنها تعد بمثابة قصور في القدرة على الارتباط الفعال بالبيئة. ويمكن أن تقوم أحيانا بترتيب البيئة الطبيعية حتى نعلم الأطفال التفاعلات الفعالة، ونعمل على تدعيمها. ومن ثم ينصب التركيز هنا على التفاعل الاجتماعي.

الفصل السادس

اضطرابات اللغة

تمهيد

مكونات اللغة:

المهارات الحسية اللازمة لاكتساب اللغة:

اضطرابات اللغة Language Disorders:

أولاً: التأخر اللغوي:Language Delay

ثانياً: فقدان اللغة (حبسة الكلام) Aphasia:

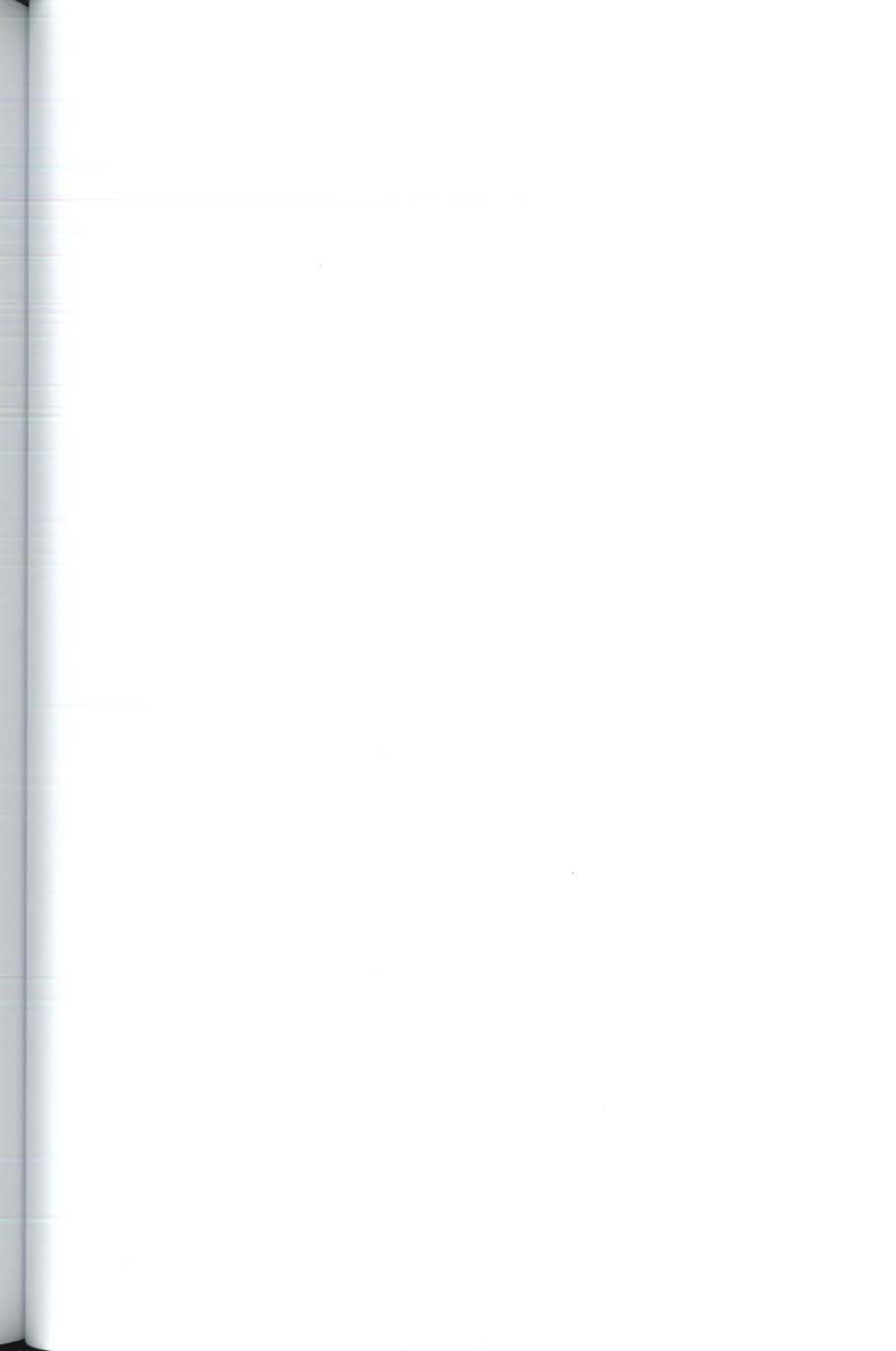
ثالثًا: صعوبة القراءة Dyslexia

رابعًا: صعوبة الكتابةDysgraphia :

خامسًا: صعوبة التذكر والتعبير Dysnomia:

سادسًا: صعوبة فهم الكلمات والجمل Echolalia:

سابعًا: قصور اللغة (صعوبة تركيب الجملة) Language Deficit:



الفصل السادس

اضطرابات اللغة

تمهيد:

يُمكن أن يكون لاضطرابات اللغة والكلام تأثيرٌ سلبي في قُدرة الإنسان على الكلام والفَهم والقراءة والكتابة. من الممكن أن تنشأ لدى الأطفال اضطرابات اللغة والكلام بسبب ظُروفٍ كان لها تأثيرٌ سلبي في تطوُّر الدّماغ قبل الولادة وفي أثنائها وبعدها. كما يُمكن أن تنشأ هذه الاضطراباتُ عند الكِبار أيضاً نتيجة الإصابة بالسَّكتة أو بسبب أذيَة رضّية دِماغيَّة أو أورامٍ دماغيَّة. وتكون المعالجةُ مفيدةً في كثيرٍ من هذه الحالات.

اللغة هي النظام الرمزي الافتراضي الذي يقرن الأصوات بالمعنى، وهي نظام دقيق من الرموز الذي يستخدمه الإنسان للتعبير وتلقى المعاني، ويتضمن النظام اللغوي نظام من التواصل الانفعالي يتكون عبر الزمن يتم من خلاله استخدام الإيماءات وتعبيرات الوجه ثم يتم استبداله فيما بعد بأصوات الكلام، وتعتبر اللغة المحكية أكثر فائدة من التعبيرات الانفعالية إذ تتضمن معاني من خلال الكتابة والكلام ويمكن التعبير من خلالها عن الماضي والمستقبل والحاضر، أما تأخر اللغة فيقصد به تأخر نمو مهارات اللغة عن مستوى العمر الزمني للطفل مما يعيق تواصله مع مجتمعه ويؤخر تلبية حاجاته، ويتنوع تأخر اللغة من حيث الدرجة فقد يكون بسيطًا أو متوسطًا أو شديدًا (نائل أخرس ٢٠٠٩).

مكونات اللغة:

تتألف اللغة من مجموعة من المكونات أهمها:

- الأصوات (phonology) مجموعة الوحدات الصوتية التي تساعد على تمييز نطق لفظة ما عن لفظة أخرى في لغة ما أو لهجة ما مما يشكل في النهاية نظام الأصوات الكلامية .
- التراكيب (Morphology) وتتعلق ببناء شكل الكلمات في اللغة كصيغ مختلفة وهي تعرف بنظام بناء شكل الكلمات.

- النحو (Syntacx) ويقصد بها قواعد اللغة وطريقة بناء الجملة في كلمات بناءً على قواعد ثابتة ومحددة.
- المعاني (Semantics) وهي معاني المفردات والجمل التي تتكون فيها اللغة.
- الجوانب الاجتماعية (pragmatics) وتتعلق بتوظيف اللغة في المجالات الاجتماعية وفهم المعنى الاجتماعي للتواصل اللغوي.

ولكي تنمو اللغة لدى الطفل نموًا جدوليًا زمنيًا متدرجًا يجب أن تتوافر لديه مقومات اكتساب اللغة وهي:

- سلامة القنوات الحسية.
- صحة وظيفة الدماغ.
- الصحة النفسية.

البيئة المنبهة.

وفي حالة غياب أو ضعف واحدة أو أكثر من هذه المقومات سوف يؤثر ذلك سلبيا على نمو اللغة لدى الطفل فيؤخر عملية التطور الطبيعي ويؤدي إلى ما يعرف " بتأخر نمو اللغة" وتتلخص أسباب تأخر قدرات الطفل اللغوية إلى:

- الحرمان الحسي.
- الإصابة الدماغية.
- الاضطراب النفسي.
- الحرمان البيئي.
- أسباب أخرى غير محددة.

المهارات الحسية اللازمة لاكتساب اللغة:

يعد نمو المهارات الحسية ضرورياً لتطور لغة الأطفال، وأهم هذه المهارات:

أولاً: المهارات الحسية البصرية:

وتشمل المهارات الحسية البصرية على أربع مجموعات هي اللون والشكل والحجم والمسافة، وتصنف أنشطة هذه المجموعات إلى ثلاثة أصناف هي المختلف والشيء نفسه، الفرز والتجميع، والتتالي والاسترجاع.

ثانياً المهارات الحسية السمعية:

وتعد المهارات الحسية السمعية ذات أهميه بالغة لاكتساب اللغة، فالطفل الذي لديه بعض الصعوبات اللغوية قد يكون لديه نقص في المهارات السمعية، وإذا كان الطفل قد وعى المفاهيم السابقة التي قدمت في جزء المهارات البصرية مثل التمييز بين المتشابه والمختلف والفرز والتجميع والتتابع والاسترجاع، فمن الممكن دمجها مع النشاطات السمعية في الخطوات الأولية من أجل مساعدته في تطور لغته، مما يساعد الطفل في التعامل مع نشاطات مألوفة وملموسة سبق وتدرب عليها ويجعله مستعدًا للمهمات الأصعب، كما يساعد على تنظيم المعلومات الحسية، وينصح هنا في البدء مع الطفل من المهام البسيطة إلى الأكثر صعوبة وتعقيد خلال المهام السمعية، كما يلي:

(١) إدراك الصوت كمقدمة عامة لكل الأصوات.

(٢) إدراك المسبب للأصوات وأثره.

(٣) التعرف على الصوت.

(٤) تمييز الصوت.

(٥) التعرف على خصائص الأصوات.

(٦) التعرف على الأصوات البشرية.

(٧) مقدمة عامة حول الأصوات الكلامية.

ثالثاً المهارات اللمسية:

يتم تقوية المهارات اللمسية عن طريق خبرات اللمس والإحساس العضلي، من خلال برنامج تدريبي على التمييز بين: لين – صلب، خشن – ناعم، مبلل – جاف، بارد – حار، خفيف – ثقيل، والتعرف على أشكال الأجسام كمجموعات مع بعضها بعض.

اضطرابات اللغة Language Disorders:

يقصد باضطراب اللغة أي صعوبة في إنتاج أو استقبال الوحدات اللغوية بغض النظر عن البيئة التي قد تتراوح في مداها من الغياب الكلي للكلام إلى الوجود المتباين في إنتاج النحو واللغة المفيدة، ولكن بمحتوى قليل ومفردات قليلة وتكوين

لفظي محدد وحذف الأدوات، وأحرف الجر وإشارات الجمع والظروف. (إبراهيم الزريقات: ٢٠٠٥)، وتعرف أيضًا بأنها أي خلل أو اضطراب داخلي في أي مكون من مكونات اللغة (المحتوى، الشكل، الاستخدام) أو في التفاعل بين هذه المكونات. (بشير الرشيدي وآخرون: ٢٠٠٠)، واضطرابات اللغة مصطلح يستخدم للتعبير عن القصور الذي يحدث في نمو اللغة بشكل طبيعي، كما يقصد باضطرابات اللغة الاضطرابات التي تحدث في جانب اللغة الاستقبالية والتي تعني الصعوبة في فهم واستيعاب اللغة وفي جانب اللغة التعبيرية والتي تعني الصعوبة في إنتاج اللغة، ويصنف اضطراب اللغة (تصنيف Marisson) إلى أربعة أشكال، هي:

١. اضطرابات لغوية دماغية ويحدث النقص في إنتاج أو فهم اللغة مثل حالات الأفازيا (Aphasia).
٢. الاضطرابات اللغوية اللفظية مع سلامة القدرات العقلية كما في التلعثم (Stuttering).
٣. حالات فقدان الصوت الناتجة عن أمراض الحنجرة أو أعصابها مما يؤدي إلى صعوبة الصوت (Voice problems).
٤. اضطرابات كلامية تحدث في الأمراض التي تصيب تكامل الوظائف العليا مثل حالات العته (انسي محمد: ٢٠٠٥).

وتنقسم اضطراباتُ اللغة إلى فئتين:

١. اضطرابات اللغة الاستِقباليَّة:

وتكون لدى من يُعاني اضطرابا استقباليًا مُشكلةٌ في فهم اللغة، فللاضطرابات الاستقبالية تأثيرًا سلبيًا من حيث قدرةُ الشخص على فَهم ما يسمعه، إذ يعاني الفرد الذي لديه اضطراب في اللغة الاستقبالية من عدم فهم الكلام الذي يقال له بالرغم من أن ليس لديه مشكلات سمعية وتسمى هذه الحالة بالحبسة الاستقبالية كما يعاني الفرد أيضًا من الفشل في ربط الكلمات المنطوقة مع الأشياء والمشاعر والخبرات والأفكار، وبسبب الفشل في فهم الكلام فإن الفرد المصاب لا يطور لغة لها معنى للتعبير عن الأشياء والأفكار، ومن أعراضها الشائعة (نائل أخرس ٢٠٠٩):

- صعوبة فهم ما يقوله الآخرون.
- صعوبة تلقّي أيَّة تعليمات منطوقَة.
- مشكلات في تنظيم الأفكار.

وهناك علامات إذا ما ظهرت دلت على تأخر اكتساب مهارات اللغة الاستقبالية لدى الطفل، ومنها:

من الميلاد إلى شهر:

- لا يستجيب للأصوات العالية والمفاجئة.
- لا تنخفض أو تتوقف حركته عند سماعه صوت قريب منه.
- لا يهدأ عند سماعه أصوات مألوفة.

من ١ شهر إلى ٢ شهر:

- لا ينتبه دائماً للأصوات المختلفة.
- لا يستمع للمتحدث.
- لا ينظر ولا يبتسم للمتحدث دائماً.

من ٢ شهر إلى ٣ اشهر:

- لا يستجيب للكلام بالنظر إلى وجه المتحدث دائماً.
- لا يميز مكان المتحدث بعينيه.
- لا يراقب فم و شفاه المتحدث دائماً.

من ٣ اشهر إلى ٤ اشهر:

- لا يلتفت برأسه إلى مصدر الصوت.
- لا يبحث عن المتكلم.
- لا يلاحظ عليه الخوف من الأصوات الغاضبة.

من ٤ اشهر إلى ٥ اشهر:

- لا يحدد مصدر الصوت بدقة.
- لا يستجيب عند مناداته باسمه.
- لا يتوقف عن البكاء عندما يتحدث معه شخص مألوف.

من ٥ أشهر إلى ٦ اشهر:

- لا يفهم الإشارات والتعابير الجسدية الدالة على التحذير والغضب أو الحب.
- لا يعرف بعض الكلمات مثل / بابا / ، / ماما / ، / ولد /.
- لا يتوقف أحياناً عند سماعة كلمة " لا ".

من ٦ أشهر إلى ٧ اشهر:

- لا يستطيع التعرف على أفراد عائلته عند مناداة كل باسمه.
- لا يستجيب للإشارات المناسبة لبعض الكلمات مثل: تعال، فوق، باي باي، اذهب، اجلس.
- لا ينتبه أحياناً إلى الأناشيد والأغاني.

من ٧ أشهر إلى ٨ اشهر:

- لا ينصت غالباً لمحادثات الآخرين.
- لا يتوقف دائماً عن نشاطه عند مناداته باسمه.
- لا يتعرف على بعض الأشياء الشائعة من أسمائها كالتلفاز والكرسي...الخ.

من ٨ أشهر إلى ٩ اشهر:

- لا يفهم بعض الأوامر اللفظية البسيطة.
- لا يتوقف دائماً عن النشاط عند سماعه كلمة " لا ".
- لا يهتم بالصور عند تسميتها ولو لمدة قصيرة.

من ٩ أشهر إلى ١٠ اشهر:

- لا يهتم لسماع كلمات جديدة.
- لا ينتبه غالباً لكلامك رغم وجود أصوات أخرى.
- لا يعطيك الألعاب والأشياء عند ما تطلب منه لفظيًا.

من ١٠ أشهر إلى أشهر:

- لا ينفذ أحياناً الأوامر البسيطة مثل أغلق الباب أو ضع هنا...الخ.
- لا يفهم الأسئلة البسيطة مثل أين الكرة.
- لا يستجيب للموسيقى بتحريك جسمه أو رأسه.

من عمر ١١ شهر إلى ١٢ شهر:

- لا يستجيب للأوامر اللفظية بإشارات مناسبة.
- لا ينتبه للمحادثة ولو كانت طويلة.
- لا يكرر بشكل مناسب بعض العبارات اللفظية مثل باي باي...الخ.

من ١٢ شهر إلى ١٤ شهر:

- لا يفهم كلمات جديدة باستمرار.
- لا يفهم بعض مشاعر المتحدث مثل الحزن والغضب.
- لا يهتم و يركز لمدة دقيقتين أو أكثر لصور تسمى.

من ١٤ شهر إلى ١٦ شهر

- لا يفهم بعض الأوامر البسيطة مثل أن يأتي بشيء ما من غرفة أخرى.
- لا يميز العديد من الصور والأشياء عند تسميتها.
- لا يعرف أسماء بعض أعضاء الجسم مثل الرأس والفم والأذن والعين.

من ١٦ شهر إلى ١٨ شهر:

- لا يفهم الأوامر البسيطة لتنفيذ عملين متتابعين للشيء نفسه.
- لا يستطيع فرز أو تصنيف الأشياء.

من ١٨ شهر إلى ٢٠ شهر:

- لا يشير إلى أجزاء الجسم و أنواع الملابس من الصور.
- لا يستجيب للأوامر مثل: اجلس ، تعال و قف.
- لا يفهم الضمائر مثل: أعطني إياها ، أعطها لها.

من ٢٠ شهر إلى ٢٢ شهر:

- لا يستطيع تنفيذ أثنين أو ثلاثة أوامر بسيطة متتالية.
- لا يستطيع معرفة كلمات جديدة بشكل يومي.
- لا يستطيع معرفة الأشياء والصور الشائعة عند تسميتها.

من ٢٢ إلى ٢٤ شهر:

- لا يستطيع اختيار شيء من خمس أشياء مختلفة عند الطلب.

- لا يفهم الجمل البسيطة.
- لا يفهم الجمل التي تدل على المستقبل مثل عند ما تقول له سوف أشتري لك لعبة عند ما نذهب للسوق.

من ٢٤ إلى ٢٧ شهر:

- لا ينجح في اختيار الصور الصحيحة عند ما تطلب منه اختيار الصورة من خلال كلمة تدل على حدث في الصورة مثل صورة أطفال يأكلون وتسأله أين الصورة التي تشير إلى أكل.
- لا يستطيع الإشارة على أعضاء الجسم الصغيرة مثل اللحية والأسنان والظفر.
- لا يميز أفراد عائلته من درجة القرابة ، مثل: الأب والأم والجد والأخ والأخت.

من ٢٧ إلى ٣٠ شهر:

- لا يستطيع فهم الكلمات من صفاتها الوظيفية مثل ما هوا الشيء الذي تأكل به ، ما هوا الشيء الذي تلبسه.
- لا يستطيع التمييز بين الأحجام المختلفة مثل العروسة الصغيرة ، الكرة الكبيرة.
- لا يستطيع تمييز أسماء الأشياء الشائعة من صورها.

من ٣٠ إلى ٣٣ شهر:

- لا يعرف دائماً الأفعال الشائعة.
- لا يفهم الجمل الطويلة.
- لا يستطيع فهم الصفات الشائعة دائماً.

من ٣٣ إلى ٣٦ شهر:

- لا يظهر لك اهتماماً عند ما تخبره لماذا وكيف تحدث بعض الأشياء.
- لا يستطيع تنفيذ ثلاث أوامر بسيطة من خلال جملة طويلة.
- لا يفهم أحرف الجر والظروف مثل فوق ، تحت ، على ، خلف.

٢. اضطرابات اللغة التعبيرية Expressive Language Disorders:

اللغة عبارة عن رموز نتعلمها لكي نعبر عن أفكارنا، ورغباتنا، واحتياجاتنا، وكذلك لكي نتعلم القراءة، والكتابة، والتحدث والتعبير عن الذات، وتتمثل المشكلة الأساسية في هذا النوع من الاضطراب بعدم القدرة على التعبير عن النفس من خلال الكلام مما يؤدي إلى عدم مشاركة الفرد في المحادثة وفي الصعوبة في استخدام الكلمات أو العبارات أو الجمل، ويعاني المُصابُ باضطراب تعبيري من صُعوبات في استخدام اللغة. واضطراب اللغة التعبيرية هو اضطراب في استخدام اللغة (نائل أخرس ٢٠٠٩)، ويظهر في أحد الأشكال التالية:

- المكون أو الجانب النحوي / القواعد وهو عبارة عن النظام الذي يحكم الأوامر ومجموعة الكلمات لتشكيل الجمل والعلاقات بين العناصر داخل الجملة.
- أما المكون الصرفي فهو عبارة عن النظام الذي يحكم تركيب الكلمات وبناء أشكال الكلمة.
- أما المكون المتعلق بالتوظيف الاجتماعي للكلمة (استخدام اللغة في المواقف الاجتماعية)، فهو عبارة عن النظام الذي يجمع كل المكونات السابقة في شكل تواصل مناسب اجتماعياً ووظيفياً.

ومن أعراضها الشائعة:

- صعوبة تجميع الكلمات لتكوين جُمَل.
- إغفال بعض الكلمات من الجملة.
- صعوبة في العُثور على الكلمة المناسبة عندَ الكلام. وهذا ما يؤدِّي إلى استخدام أصوات لا معنى لها لملء الفراغات، وذلك من قبيل "آ" أو "مم".

وهناك علامات إذا ما ظهرت دلت على تأخر اكتساب مهارات اللغة التعبيرية لدى الطفل، ومنها:

من الولادة إلى شهر الأول:

- لا يبكي بشكل متكرر.
- لا يستخدم أصواتاً أخرى غير البكاء.
- لا يستخدم أصواتا مثل إي و أأأ.

من شهر إلى شهرين:

- لا يتنوع بكاءه لدلالة على الجوع أو الألم مثلاً.
- لا يعيد أحياناً مقاطع متشابهة مثل / بابا / / ماما/ /دادا/...الخ.
- لا يستخدم صوتاً لدلالة على السرور.

من شهرين إلى ثلاثة اشهر:

- لا يستجيب أحياناً إلى ما يسمع من أصوات مثيرة حوله بأصوات أخرى.
- لا يستخدم أصواتاً تدل على السرور.
- لا يلفظ صوتين مختلفين أو اكثر.

من ثلاثة اشهر إلى أربعة أشهر:

- لا يضحك غالباً أثناء اللعب بالأشياء.
- لا يكرر أصواتاً متشابهة عندما يكون منفرداً.
- لا يستخدم غالباً أصواتاً مثل / الباء / و / الميم.

من أربعة أشهر إلى خمسة اشهر:

- لا يستخدم أصواتا مثل / أو / و / إي /.
- لا يعبر عن غضبه أو انزعاجه باستخدام أصواتاً أخرى غير البكاء.
- لا يتوقف أحياناً عن إصدار الأصوات عند ما يسمع صوت آخر.

من خمسة أشهر إلى ستة أشهر:

- لا يبادر بإصدار أصوات لجلب انتباه الآخرين.
- لا يستخدم أحياناً أربع أصوات مختلفة أو أكثر في الوقت نفسه.
- لا يستخدم أصواتاً أثناء لعبه بمفرده أو مع الآخرين.

من ستة أشهر إلى سبعة أشهر:

- لا يعيد غالباً صوتين مختلفين.
- لا يستجيب لأسمه أحياناً بإصدار بعض الأصوات.
- لا يستخدم أصواتاً وكأنه يريد تسمية الأشياء.

من سبعة أشهر إلى ثمانية أشهر:

- لا يلفظ أصواتاً قريبة من الكلمة التي يريد استخدامها أحياناً.
- لا ينغم ويتلاعب بالأصوات ولا يشترط أن تكون كلمات واضحة.
- لا يلعب بدمج حركة جسده والصوت معاً.

من عمر ثمانية أشهر إلى تسعة أشهر:

- لا يستخدم بعض الإيماءات أو الإشارات اللغو يه مثل حركة الرأس لليمين ولليسار للتعبير عن الرفض...الخ.
- لا يقلد الأصوات التي يسمعها من الشخص الذي يلعب معه غالباً.
- لا تحوي ألفاظه أصوات أكثر من المرحلة السابقة.

من تسعة أشهر إلى عشرة أشهر:

- لا يبدأ بنطق الكلمات التالية مثل بابا ، ماما ، نونو أو أسماء الألعاب وغيرها.
- لا يستخدم بعض الأصوات لدلالة على الدهشة و التعجب.
- لا يستخدم كلمات تدل على جمل قصيرة غالباً.

من عشرة أشهر إلى أحد عشر شهر:

- لا يستخدم كلمات غير مفهومه عندما يلعب لوحده.
- لا يحاول أن يقلد الكلمات الجديدة.

من أحد عشر شهر إلى أثني عشر شهر:

- لا يستخدم ثلاث كلمات أو أكثر بشكل مستمر.
- لا يتحدث مع ألعابه والآخرين.
- لا يستجيب لفظياً للأغاني والأناشيد دائماً.

من أثني عشر شهر إلى أربعة عشر شهر:

- لا يستخدم خمس كلمات حقيقية أو أكثر بشكل مستمر.
- لا يتكلم ويؤشر للحصول على الأشياء التي يريدها.
- لا يستخدم بعض الكلمات الصحيحة في جمل غير واضحة دائماً.

من أربعة عشر شهر إلى ستة عشر شهر:

- لا يستخدم سبع كلمات صحيحه أو أكثر.
- لا يستخدم في كلماته أصوات مثل (ت ، د ، ن ، هـ).
- لا يستخدم كلمات صحيحة مع الإشارة.

من ستة عشر شهر إلى ثمانية عشر شهر:

- لا يستخدم كلمات بدون الإشارة عند طلبه لشيء ما.
- لا يعيد بعض الكلمات التي يسمعها من محادثات الآخرين.
- لا تزداد الكلمات التي يستخدمها باستمرار.

من ثمانية عشر شهر إلى عشرين شهر:

- لا يقلد الجمل المكونة من كلمتين أو ثلاث كلمات.
- لا يقلد أصوات البيئة مثل أصوات بعض الحيوانات أو السيارة عند اللعب.
- لا يستخدم على الأقل ١٠ ـ ٢٠ كلمة.

من عشرين شهر إلى اثنين وعشرين شهر:

- لا يبدأ في تكوين جمل قصيرة واضحة من كلمتين.
- لا تزداد كلماته كل أسبوع.
- لا يحاول التحدث عن خبراته بالمزج بين الجمل الطويلة غير الواضحة والكلمات الصحيحة.

من اثنتين و عشرين شهر إلى أربعة وعشرين شهر:

- لا يكون جمل من ثلاث كلمات.
- لا يسمي نفسه.
- لا يستخدم بعض الضمائر و لو بأخطاء نحوية.

من أربعة و عشرين شهر إلى سبعة و عشرين شهر:

- لا يستخدم جمل من كلمتين أو ثلاث كلمات.
- لا يستخدم الضمائر المنفصلة مثل أنا ، أنت و نحن و أنتم وهو وهي وهم...الخ.
- لا يطلب من الآخرين المساعدة باستخدام كلمات مثل غسل يديه.

من سبعة و عشرين شهر إلى ثلاثين شهر:

- لا يسمي على الأقل لون واحد بشكل صحيح.
- لا يستخدم ضمير المتكلم للإشارة لذاته بدلاً من ذكر اسمه مثل لي، لعبتي، بجامتي...الخ.
- لا يستطيع إعادة رقمين أو أكثر بشكل صحيح مثل: ١ و ٤.

من ثلاثين شهر إلى ثلاث و ثلاثين شهر:

- لا يستطيع الإجابة بشكل صحيح عند ما يسئل عن الجنس مثل: هل أنت ولد أو بنت؟
- لا يستطيع أخبارك ماذا يفعل، عندما تسأله ماذا تفعل؟
- لا يقول اسمه واسم عائلته.

من ثلاث و ثلاثين شهر إلى ستة و ثلاثين شهر:

- لا يستطيع التحدث عن الأشياء الماضية.
- لا يستخدم صيغ الأفعال بشكل صحيح عند التحدث عن صور بها أحداث متنوعة.
- لا يستطيع استخدام صيغ الجمع بشكل صحيح.

بعض المقترحات للآباء ومعلمي الفصول لتحسين لغة الطفل:

نعرض هنا لبعض المقترحات للآباء ومعلمي الفصول لتحسين لغة الطفل، وأهمها:

- اقرأ يومياً لطفلك واسأله أسئلة أنت تعرف أنه غالباً سيعرف الإجابة عنها.
- سأله أسئلة من قبيل: مَنْ، ما، متى، أين ؟ اسأل الطفل لتحديد ما حدث في الصورة بالإضافة إلى تسمية كل الموضوعات في الصور.
- استخدم الإشارات والهاديات البصرية عندما تعطيه الأوامر.
- إذا كان الطفل " كالببغاء في ترديد ما يقوله " كرر مرة ثانية له ولا تطلب منه أكثر من شيء واحد كل مرة.
- أجرِ له فحصا سمعيا لتحديد حدة السمع لديه.
- أدعو الطفل باسمه أو المسه لتجذب انتباه إليك.

- استخدم لغة بسيطة وسهلة في أغلب الأحيان عندما تعطي تعليمات لإعادة العبارة.
- استخدم المترادفات ونوِّع في المصطلحات.
- استخدم كلمات في سياقها.
- أعرض معنى الكلمة من خلال استخدام الصور.
- اسمح للطفل ببعض الوقت لمعالجة وتجهيز المعلومات حتى يستطيع الرد على أسئلتك.
- خذ وقتاً كافياً للاستماع إلى طفلك والطريقة التي يقول بها الأشياء.
- اسمح له بتصحيح أية أخطاء قواعدية يقع فيها والتي تظهر في كلامه.
- لا تسخر ولا تبدي التضجر أبداً من الطفل لأنه لم يفهم التعليمات.

وفيما يلي عرض لأهم أنواع اضطرابات اللغة:

أولاً: التأخر اللغوي:Language Delay

هو نوع من اضطرابات اللغة يظهر على شكل تأخر في اكتساب اللغة ويبدو كلام الطفل الكبير أو حتى البالغ كما لو كان كلام طفل صغير في بداية تعلمه للكلام، ولا تظهر الكلمة الأولى إلا مع نهاية السنة الثانية أو الثالثة أو اكثر.

يعرف كمال سيسالم (٢٠٠٢) القصور اللغوي Language Deficit بالقصور في تنظيم وتركيب الكلام، والتحدث بجمل غير مفيدة، واستخدام الكلمات والأفعال والضمائر في أماكن غير مناسبة لها، فقد يضع الفعل مكان الفاعل، أو المؤنث مكان المذكر، أو الضمير المتكلم مكان الغائب، وتعرف حورية باي (٢٠٠٢) التأخر اللغوي بأنه ضعف في التركيب النحوي – الصرفي، يتصف بافتقار التراكيب التي يستخدمها الطفل لغوياً للتماسك و الترابط نتيجة نقص في أدوات الربط وحروف الجر وظروف المكان و الزمان، كما يتصف بوجود الالتباسات وتداخل بين الضمائر المنفصلة، والضمائر المتصلة، والمفرد والجمع والمؤنث و المذكر، ويعرف عبد العزيز السرطاوي وآخرون (٢٠٠٢) الطفل المتأخر لغوياً بأنه ذلك الطفل الذي يستخدم لغة بسيطة للغاية في المراحل التي تنمو فيها اللغة عادة ؛ مما يؤدي إلى بطء وتأخر اكتساب اللغة لديه.

ويظهر لدى من يعاني من التأخر اللغوي جملة أعراض، أهمها:

١. إحداث أصوات عديمة الدلالة، واستبدالها بالحركات والإشارات.
٢. الاكتفاء بالإجابة (بنعم) أو (لا) أو بكلمة واحدة، أو بجملة من فعل وفاعل فقط دون مفعول به.
٣. التعبير بكلمات غير واضحة على الرغم من تقدم الطفل في العمر.
٤. تعذر الكلام بلغة مألوفة ومفهومة.
٥. قلة عدد المفردات.
٦. يصاحب ذلك اضطرابات سلوكية ونفسية.

ويشير التراث السيكولوجي إلى مجموعة أسباب للتأخر اللغوي كنقص في القدرة العقلية مما يؤثر على اكتساب اللغة أو القدرة على استعمالها في التعبير، والقصور في السمع مما لا يوفر للطفل الفرصة الكافية لتعلم اللغة، إضافة لإصابة الطفل ببعض الأمراض في الشهور الأولى من حياته كالتهاب السحايا، وإصابة المراكز الكلامية في اللحاء بتلف أو تورم أو التهاب، كما قد تكون هناك أسباب نفس –اجتماعية داخل أسرة الطفل، تعرقل تطور لغته وشخصيته، وكذلك عدم التواصل مع الطفل، إلا في ساعات متأخرة في المساء، لغياب الأم والأب طوال النهار، خارج البيت (حورية باى، ٢٠٠٢).

ثانياً: فقدان اللغة (حبسة الكلام) Aphasia:

هي فقدان القدرة على الكلام في الوقت المناسب على الرغم من معرفة الفرد بما يريد أن يقوله، وتنتج عن مرض في مراكز المخ (كمال سيسالم، ٢٠٠٢)، ويعرف عبد العزيز السرطاوي وآخرون (٢٠٠٢) الحبسة الكلامية بأنه قصور في القدرة على فهم أو استخدام اللغة التعبيرية الشفوية وترتبط الحبسة الكلامية عادة بنوع من الإصابة في مراكز النطق والكلام في المخ، وحتى تعتبر الحالة حبسه كلامية يجب أن تكون الإصابة قد حدثت بعد اكتمال نمو اللغة.

ويذكر عبد العزيز السرطاوي ووائل أبو جودة (٢٠٠٠) السمات التالية للمصابين بالسكتة اللغوية:

فيما يتعلق بالاستيعاب السمعي:

أ) الضعف الواضح في استيعاب ما يُسمع.

ب) الخلط في الكلمات المتشابهة في المعنى أو في اللفظ.

فيما يتعلق بالقراءة:

أ. العجز في تمييز ومعرفة الكلمات المكتوبة؛ وقد يقرؤون الكلمات ولكن بدون فهم.

ب. البطء في القراءة إلى جانب الأخطاء فيها.

فيما يتعلق بالكلام:

أ. صعوبة في إيجاد الكلمة المناسبة عند الحاجة إليها.

ب. استبدال كلمة بأخرى ولكن من نفس المجموعة المعنوية فقد يستبدل كلمة ملعقة بسكين.

ت. صعوبة التعبير عن الذات.

ث. حذف الكلمات الوظيفية من كلامهم وهذا يعني استخدام كلام التلغراف.

فيما يتعلق بالكتابة:

أ. نسيان شكل الحروف.

ب. الكتابة العكسية.

ت. حذف أو استبدال بعض الحروف.

ث. أخطاء في الكتابة الإملائية.

ج. الكتابة ببطء شديد.

فيما يتعلق بالإشارات:

أ. عدم فهم المقصود بالإشارات.

ب. العجز في التواصل عن طريق الإشارات.

أنواع الأفازيا:

وهناك أنواع عديدة من تلك الحبسة، منها:

أ- الحبسة (الأفازيا) السمعية Auditory:

هي عدم القدرة على سماع أو فهم الكلام نتيجة لفقدان حدة السمع.

ب ــ حبسة (أفازيا) لفظية أو تعبيرية:Expressive

هي عدم القدرة على الكلام بالرغم من معرفة الفرد ما يريد أن يقوله، وتعرف أيضاً بالأفازيا الشفوية أو بأفازيا بروكا Brocas Aphasia وهي عدم القدرة على الكلام نتيجة لتلف آليات الكلام في منطقة بروكا في الفص الأمامي من المخ، وهو نوع من الاضطرابات أو العجز في كلام الشخص المصاب ؛ ولكنه يظل قادراً على فهم كلام الآخرين. ونلاحظ أن المصاب يكرر لفظ واحد مهما تنوعت الأحاديث أو الأسئلة الموجهة إليه، وقد سميت أفازيا بروكا الحركية بأفيميا Aphemia بمعنى عدم القدرة على الكلام بالرغم من وجود الكلمة في ذهن المصاب، وفي بعض حالات أفازيا بروكا الحركية يفقد المصاب القدرة على التعبير عدا لفظ بعض الكلمات من مثل (نعم)، أو (لا)، وتؤكد الدراسات أن هذا العجز ليس في جهة النطق، ويبدو أن معظم المرضى بأفازيا بروكا يفهمون الكلام المنطوق و المكتوب، ولذلك فالمشكلة لديهم تتعلق بمرحلة الإنتاج الحركي في المخ للغة وليس في مرحلة الفهم. كما يبدو أن هؤلاء المرضى على دراية بمعظم أخطائهم اللغوية.

ويحدث هذا النوع من الأفازيا نتيجة إصابة المناطق الأمامية من نصف المخ الأيسر الذي يتحكم في إنتاج الكلام ؛ في التلفيف الثالث من المخ في المنطقة رقم (٤٤) خصوصاً المنطقة المسماة " منطقة بروكا". وتقع مباشرة إلى الأمام من منطقة الحركة الأولية الخاصة بالجهاز العضلي المسئول عن إخراج الكلام (الشفاه، اللسان، الحلق... الخ)، ولكن مناطق الحركة الأولية الخاصة بالكلام لا يصيبها ضرر مصاحب لأفازيا بروكا، أي لا توجد أية مظاهر لإصابة في الجهاز العضلي للكلام بالشلل، ويسمى كلام المصاب هنا "كلام تلغرافي "حيث يتكلم المصاب بشكل قليل، وعندما يحاول الكلام فإن كلامه يحبس، بحيث لا يستطيع إخراج الكلام، وتغيب من كلامه الأجزاء النحوية الصغيرة و التصريف الصحيح للأفعال،

وفي الحالات الشديدة من هذا النوع من الأفازيا لا يستطيع المصاب إلا التلفظ بكلمة واحدة أو اثنتين مرة بعد الأخرى في محاولته للكلام أو وصف شيء ما (سالي سبرنجر وجورج ديوتك، ٢٠٠٢).

ج. الحبسة (الأفازيا) الاستقبالية أو الحسية:

وتعرف أيضاً بأفازيا فيرنيكة، أو متلازمة ما خلف شق سلفيوس، وقد توصل فيرنيكة إلى افتراض أن حدوث إصابة أو تلف في هذا الجزء من الدماغ، يؤدي بدوره إلى تلف الخلايا العصبية التي تساعد على تكوين الصور السمعية للكلمات أو للأصوات، بحيث أن المصاب بهذا الاضطراب لا يستطيع فهم الكلام عموماً وينتج عن ذلك ما يسمى بالصمم الكلامي، وهو شكل من أشكال الأفازيا الحسية حيث تكون حاسة السمع سليمة، ولكن الألفاظ تفقد معناها لدى السامع، كما لو كانت هذه الألفاظ من لغة أخرى لا يعرفها الفرد، يفهم كل لفظ في الجملة لوحده، ولكنه لا يستطيع فهم معنى الجملة كاملة، وهذا ما يسميه البعض بالأفازيا المعنوية، وهناك حالات أخرى نجد المصاب فيها يستخدم كلمات في غير مواضعها، ويستخدم كلمات غريبة غير مألوفة، ومثل هذه الحالات يكون المصاب قد اكتسبها بسبب وجود الاضطراب من صغره في المراكز السمعية الكلامية حيث يحدث خلل في تكوين الصور السمعية للكلمات، وغالباً ما يستخدم هؤلاء المرضى في كلامهم كلمات غير مألوفة أو غير معروفة، (سالي سبرنجر وجورج ديوتك، ٢٠٠٢)، ويُظهر المريض هنا صعوبة في التفاعل مع الآخرين فعند سؤاله هل تحب أن تأكل المانجو؟، يجيب نعم أنا أكون. وحينما يُسأل تحدث عن مشكلتك؟، يجيب نعم، أنا لا أرغب في هذا الطعام، وحينما يُسأل ماهي مشكلتك؟، يجيب سأقول له.

د. الأفازيا التوصيلية:

يعجز المصاب بالأفازيا التوصيلية عن إعادة ما يسمعه بصوت عالي، بالإضافة إلى كون الكلام التلقائي لهذا المصاب لا معنى له (كما في أفازيا فرنيكة)، ولكن تختلف عن أفازيا فرنيكة، بأن قدرة المصاب على فهم الكلام المنطوق و

الكلام المكتوب تظل إلى حد كبير سليمة، وتنتج هذه الأفازيا من فصل مراكز الاستقبال عن مراكز التعبير اللغوي في المخ. وقد وجدت بالفعل في هذا النوع من الأفازيا إصابة تلحق بالمسار العصبي المسمى الحزمة القوسية التي تصل بين مناطق بروكا وفرنيكة.

هـ ـ الحبسة الدماغية Cerebral Aphasia:

نوع من أنواع فقدان القدرة على الكلام ناتجة عن تلف أو إصابة في الدماغ وتعد أحد أسباب اضطرابات اللغة أو الكلام

وـ الحبسة الداخلية Anterior Aaphasia:

إحدى أنواع فقدان القدرة على الكلام نتيجة لتلف الأعضاء الداخلية المسؤولة عن الكلام.

ز ـ حبسة الكلام النمائية Aphasia:

نوع من أنواع القصور في اللغة عند الأطفال ينتج عن إصابة في المخ وتظهر على شكل قصور كلي أو جزئي في فهم وتكوين اللغة واستخدامها.

ح- الحبسة (الأفازيا) الشاملة أو الكلية Comprehensive Aphasia:

تنتج الأفازيا الشاملة عن إصابة واسعة في نصف المخ الأيسر تغطي معظم المناطق التي يعتقد أن لها دوراً في فهم وإنتاج اللغة، ويحدث هذا الشكل من الأفازيا الكلية بسبب إصابة الدماغ بجلطة دموية تؤدي إلى انسداد الشريان والأوعية الدموية المغذية للمخ، وللألياف العصبية الواردة من المراكز العليا للحركة بالفص الجبهي و المتجه نحو الذراع، والساق، والأطراف وأعضاء النطق، مثل هذه الإصابة تنتشر في جزء كبير من مناطق الكلام في نصف الكرة المخ المسيطر. ويظهر المصاب بالأفازيا الشاملة عجزًا شديدًا في كل الوظائف المتعلقة باللغة. ويفقد الشخص المصاب القدرة على الفهم وإنتاج الكلام، ورغم أنه قد يستطيع التواصل مع غيره عن طريق الإشارات أو الرموز، كأن يستخدم صورًا بدلًا عن الكلمات، إلا أنه قد يجد صعوبة في تنفيذها أو قد لا تنجح كليًا.

ط ــ الحبسة الخلقية Congenital Aphasia:

شكل من أشكال فقدان القدرة على الكلام ناتجة عن تلف آليات اللغة المرتبطة بالأعضاء الخلقية أو الداخلية المسؤولة عن الكلام.

ي ــ حبسة الكلام المكتسبة Acquired Aphasia

إحدى أشكال فقدان القدرة على الكلام بعد تعلم اللغة وتنتج عن إصابة الدماغ الوظيفية.

ك ــ حبسة طلاقة الكلام Fluent Aphasia

شكل من أشكال فقدان القدرة على الكلام تتمثل بقدرة الفرد على التعبير واتباع قواعد اللغة غير أن محتوى كلامه يخلو من الترابط والمعنى

ل ــ حبسة (أفازيا) تسمية الأشياء:

وتعرف أيضاً " بالأفازيا النسيانية " إذ يجد المصاب صعوبة في تسمية الأشياء، وتبقى قدرة المصاب على تذكر الحروف وأجزاء الكلام المطبوعة سليمة، ويبقى قادراً أيضاً على استعمال الشيء والإشارة إليه إذا سمع اسمه أو رآه، فإذا قدم للمريض كرسي وسألناه عن اسمه لا يستطيع تذكر كلمة (كرسي) ربما أمكنه إدراك وظيفته واستعمالاته، وإذا سئل المصاب هل هذا منضدة، أم كتاب أم كرسي، فإنه يجيب الإجابة الصحيحة، ولكن المشكلة تتركز في تذكر اسم الشيء لو طلب منه ذلك.

وتنتج أفازيا تسمية الأشياء من إصابة المنطقة القشرية التي تقع بين الفص الصدغي، والفص الجداري، والفص القفوي والتي تسمى " التلفيفة الزاوية " وللمصاب بأفازيا تسمية الأشياء الإمكانية على الفهم العادي، كما يمكنه التحدث بصورة طبيعية وتلقائية إلى حد كبير في أثناء حديث غير رسمي. وقد تظهر الأفازيا النسيانية لدى من يعانون من مرض الزهايمر.

م ــ الحبسة (الأفازيا) الممتدة أو العابرة لمناطق القشرة:

تنتج الأفازيا الممتدة نتيجة إصابة المنطقة القشرية، في مراكز أو مناطق الكلام مع بقاء المسارات الموصلة بينها سليمة، ولكن هذه الإصابات تعزل هذه المراكز أو

المناطق عن بقية المخ. فإذا كانت الإصابة قد عزلت منطقة فرنيكة عن بقية أجزاء المخ فتسمي "الأفازيا الحسية المعزولة" بينما إذا كانت الإصابة قد عزلت منطقة بروكا فتسمي (أفازيا مختلطة ممتدة)، وتوجد في أنواع الأفازيا المذكورة درجات متباينة من مشاكل فهم وإنتاج الكلام تلقائياً. ومثل هؤلاء المرضى يستطيعون أن يعيدوا – يكرروا – بصورة جيدة ما يقال لهم، وهي الحالة المسمى صدى الكلام (أو الببغاوية). وبقاء القدرة على إعادة ما يقال سليمة في هؤلاء المرضى، هو ما يميز الأفازيا الممتدة عن أفازيا بروكا، وأفازيا فرنكه، والأفازيا التوصيلية حيث القدرة على إعادة الكلام معيبة في هذه الأنواع الثلاثة الأخيرة.

ثالثاً: صعوبة القراءة Dyslexia

تاريخ عُسر القراءة:

في عام ١٨٨١ قام "أوزوالد بيركان" بالتعرف على المرض، وقد صِيغ مصطلح 'عُسر القراءة' لاحقا في عام ١٨٨٧ بواسطة "رودولف برلين"، وهو طبيب عيون يعمل في شتوتغارت، ألمانيا. في عام ١٨٩٦، نشر "جورج برينجل مورغان" وصفا لاضطراب تعلم القراءة في المجلة الطبية البريطانية "تعذر القراءة الخلقي"، وفي الفترة من ١٨٩٠ لأوائل ١٩٠٠، نشر "جيمس هنشلوود" سلسلة من المقالات في المجلات الطبية حيث وصف حالات مماثلة من تعذر القراءة الخلقي. وفي كتابه تعذر القراءة الخلقي في عام ١٩١٧، أكد "هنشلوود" أن العجز الأساسي هو في الذاكرة البصرية للكلمات والحروف، ووصف بعض الأعراض منها انتكاسات الحروف، وصعوبات في التهجئة والقراءة والفهم.

وفي عام ١٩٢٥ عقد "صأمويل ت أورتون" العزم بأن هناك أعراض ليس لها علاقة بتلف الدماغ من شأنها جعل تعلم القراءة عملية صعبة. حيث وصف "أورتون" في نظريته الإبصار المقلوب الأفراد المصابين بعُسر القراءة بأن لديهم صعوبة في ربط الأشكال البصرية للكلمات مع صورها المنطوقة. كما لاحظ "أورتون" أن العجز في عُسر القراءة لا يبدو أنه ينبع من العجز البصري، حيث اعتقد أن الوضع ناجم عن عدم التمكن من إثبات هيمنة نصف كروية في الدماغ، وبعد ذلك عمل "أورتون" مع

الأخصائي النفسي والمعلم آنا جيلينغهام لوضع تدخل تربوي باستخدام تعليم متزامن متعدد الحواس (Goeke & Kristen 2006).

في المقابل، اعتبر "ديربورن"، "غيتس"، "بينيت"، و"بلاو" أن التوجيه الخاطئ لآلية الرؤية هو سبب هذه الحالة، وقد سعوا إلى اكتشاف ما إذا كان الصراع بين التوجيه العفوي للمسح الضوئي للعيون من اليمين إلى اليسار والتدريب الذي يهدف إلى الاستيلاء على اتجاه معاكس، من شأنه (هذا الصراع) أن يسمح بتفسير الحقائق التي لوحظت في عسر القراءة وخصوصا في القدرة على القراءة في المرآة. وذهبت أبحاث عام ١٩٤٩ التي أُجريت في إطار (أطروحة ج. ماهيك باريس ١٩٥١) لأبعد من ذلك، حيث ربطت هذه الظاهرة بحركة البصر حيث أنها تختفي عندما تزداد المسافة بين الأحرف، وتتحول القراءة إلى هجاء، وقد فسرت أيضا القدرة على القراءة في المرآة.

وأظهرت فرضية جديدة في السبعينيات: أن عُسر القراءة ينبع من وجود عجز في المعالجة الصوتية أو صعوبة في الاعتراف بأن الكلمات المنطوقة مُشكلة من وحدات صوتية منفصلة. حيث يجد الأفراد المتضررين صعوبة في الربط بين هذه الأصوات مع الحروف البصرية التي تؤلف الكلمات المكتوبة، وقد أشارت أهم الدراسات لأهمية التوعية الصوتية، وفي عام ١٩٧٩ قام جلابوردا وكمبر، وجلابوردا وآخرون عام ١٩٨٥، بذكر ملاحظات من فحص ما بعد تشريح أدمغة الأشخاص الذين عانوا من عُسر القراءة. حيث أبلغت دراساتهم عن وجود اختلافات تشريحية في مركز اللغة في دماغ المصاب، وفي عام ١٩٩٣ وصف "كاسلز وكولثرت" عُسر القراءة التنموي بأنه نوعين متميزين ومنتشرين باستخدام أنواع فرعية من ألكسيا، عُسر القراءة السطحي والصوتي. كما استنتج "مانيس وآخرون" في عام ١٩٩٦، أن هناك ربما أكثر من نوعين فرعيين من عُسر القراءة، التي من شأنها أن تكون ذات صلة باضطرابات المتعددة التابعة، وفي عام ١٩٩٤ ومن عينات بعد التشريح التي قام بها "جلابوردا وآخرون"، أفادت: بأن المعالجة السمعية الشاذة في الأشخاص المصابين بعُسر القراءة توحي بأن تشوهات تشريحية مرافقة قد تكون موجودة في النظام

السمعي. حيث أيدت النتائج السلوكية في للعيوب الصوتية في نصف الكرة الأيسر في الأفراد المصابين.

كما مَكن تطوير تقنيات التشخيص التصويري للأعصاب خلال الثمانينات والتسعينيات أبحاث عُسر القراءة من أن تحقق تقدما ملحوظا. حيث كشفت دراسات التصوير المقطعي لإطلاق البوزيترون (PET) والتصوير الوظيفي بالرنين المغناطيسي (fMRI) عن التوقيع العصبي للقراءة العادية للبالغين (مثل فيز وبيترسن، ١٩٩٨ ؛ تيركلتوب وآخرون، ٢٠٠٢)، (Turkeltaub, et al 2002) والمعالجة الصوتية (مثل: غيلفاند وبوكهايمر، ٢٠٠٣؛ بولدراك وآخرون، ١٩٩٩) وتوظيف مختلف المناهج والنماذج التجريبية (مثل: الكشف عن أو الحكم على القوافي، قراءة نون ووردز، والقراءة الضمنية)، وهذه الدراسات قد ترجم المعالجة الصوتية المختلة وظيفيا لعُسر القراءة لمنطقة نصف الكرة الأيسر، لا سيما بالنسبة لنظام أبجدية الكتابة (بوليسو وآخرون، ٢٠٠١)؛ لاستعراضها، ومع ذلك، فإنه قد ثبت أن في الكتابات غير الهجائية، حيث تتطلب القراءة نسبة أقل من المعالجة الصوتية ويكون تكامل المعلومات البصرية والهجائية أمر بالغ الأهمية، ويرتبط عُسر القراءة بالنشاط التحتي للتلفيف الجبهي اليساري المتوسط (Gelfand, 2003 & Bookheimer).

في عام ٢٠٠٣ خَلُص بحث "كولينز رورك" إلى أن النماذج الحالية للعلاقة بين الدماغ وعُسر القراءة تركز بصفة عامة على شكل ما من أشكال تأخر أو تخلف نضج الدماغ (Collins & Rourke, 2003)، وفي عام ٢٠٠٧ أشار "ليتينن وآخرون" لوجود صلة بين الاكتشافات العصبية والوراثية، واضطراب القراءة (Lyytinen, et al, 2007).

مفهوم صعوبة (عسر) القراءة:

عُسر (صعوبة) القراءة (الدسلكسيا) هي عبارة عن صعوبة في القدرة على القراءة ترجع إلى الخلل الوظيفي في الدماغ ويلاحظ على الطفل أنه لا يستطيع قراءة ما هو متوقع ممن هم في عمره، ولقد تم إيجاد أكثر من وسيلة لتشخيص صعوبة القراءة من ضمنها جهاز تشخيص صعوبة القراءة Dyslexia Screeninj Instrument وهو جهاز يستخدم في تشخيص صعوبة القراءة عند الأطفال ويستخدم كجهاز

مساعد لبطاريات الاختبار خاصة عندما يشك المعالج في وجود مشكلات أو صعوبات في القراءة لدى المفحوص، ويساعد هذا الجهاز مدرس الفصل على تصنيف ملاحظاته عن الطفل داخل الفصل إلى ٣٣ عنصراً، ويتم تحديد الدرجة النهائية بواسطة جهاز الكمبيوتر ، ويناسب هذا الجهاز الطلاب فيما بين ٦- ٢١ سنة.

عُسر القراءة (الدسلكسيا) هو اضطراب تعلمي يتضح بشكل أساسي كصعوبة في القراءة والهجاء وهو منفصل ويختلف عن صعوبات القراءة الناجمة عن أسباب أخرى، مثل مشاكل في الرؤية أو السمع، أو بسبب ضعف مستوى وعدم ملاءمة تعليم القراءة. وتفيد التقديرات يفيد بأن "عُسر القراءة" يصيب ما بين ٥٪ إلى ١٧٪ من سكان الولايات المتحدة (Birsh & Judith, 2005) وعلى الرغم من الاعتقاد بأن عُسر القراءة يكون نتيجة لاختلال عصبي، إلا أنه لا يُعد إعاقة ذهنية. حيث يصيب "عُسر القراءة" أشخاصاً بمستويات ذكاء مختلفة، سواء كان ذكاء متوسط أو فوق المتوسط أو العالي.

هناك العديد من التعريفات التي تصف عُسر القراءة، ولكن لا يوجد إجماع في الآراء، ويعرف الاتحاد العالمي لطب الأعصاب عُسر القراءة على النحو التالي: "عُسر القراءة التنموي المحدد هو اضطراب يتجلى في صعوبة تعلم القراءة على الرغم من توافر التعليمات التقليدية، والذكاء الكافي، والفرصة الاجتماعية والثقافية الملائمة. حيث يتبع إعاقة إدراكية جوهرية، كثيراً ما تكون من أصل صحي." وفي عام ١٩٩٣ وصف كلٌ من Castles و Coltheart أنواعاً من عُسر القراءة التنموية الصوتية والسطحية بالتناظر إلى أنماط فرعية كلاسيكية من عُسر القراءة المكتسبة (الكسيا) التي تصنف وفقاً لمعدل الأخطاء في قراءة الكلمات. ومع ذلك فإن التمييز بين عُسر القراءة السطحي والصوتي لم يحل محل المصطلحات القديمة التجريبية من أنواع dysphonetic و dyseidetic من عُسر القراءة، ويشير التمييز لهذين النوعين dysphonetic و dyseidetic إلى آليتين مختلفتين: واحدة تتصل بعجز تمييز التحدث، وأخرى بضعف الإدراك البصري. يعاني معظم الأشخاص المصابون بعُسر القراءة من النوع Boder Dysiedetic من صعوبات في الانتباه والمكانية والتي تتداخل مع عملية اكتساب القراءة (Habib, 2000).

علامات وأعراض عسر القراءة:

غالبًا ما يعاني الأشخاص المصابون بعسر القراءة من صعوبات في الكتابة اليدوية والهجاء (Berninger & Wolf, 2009)، والتي يمكن أن تؤدي إلى الإجهاد أثناء الكتابة (Nicolson & Fawcett, 2011) ويمكن أن يفتقدوا إلى مهارات النحو والإملاء الأساسية (على سبيل المثال، التعرض لصعوبات مع الحروف p وq وb وd)، وغالبًا ما يقومون بكتابة كلمات خاطئة عند محاولة صياغة أفكارهم على الورق، وغالبًا ما تنجم هذه الإعاقة في أغلب الأحوال من نوع من أنواع الضرر الناشئ في منطقة فيرنيكه لاستقبال الكلام، ومنطقة بروكا للكلام التعبيري ومنطقة إكسنر للكتابة. ويتم تضمين منطقتي إكسنر وبروكا في الأوجه التعبيرية للكتابة، كما تشارك المناطق الصدغية والجدارية في فهم الكلمات المكتوبة، وفي أغلب الأحوال، ينجم تعذر الكتابة عن سكتة دماغية تصيب الفص الزمني أو الجداري الأيسر، وتشتمل الهياكل المبدئية المضمنة في هذا الاضطراب على الفص الجبهي الأيسر والفص الصدغي الأيسر والفص الجداري الأعلى والأدنى. ومن المفترض أن الفص الصدغي هو الذي يكون مسئولاً عن صور الكلمات المكتوبة من خلال التفاعل مع منطقة فيرنيكه التي تقوم بتحويل هذه الصور إلى حروف لغوية. ثم يتم نقل هذه الحروف اللغوية الحركية إلى منطقتي بروكا وإكسنر من أجل التحويل والتعبير الحركي من خلال اللغة المكتوبة (Joseph, 2000)، ويعاني الأشخاص المصابون بديسليكسيا عسر القراءة من كتابة أعمال عفوية لا يمكن فهمها، وتكون المنسوخات التي يقومون بنسخها جيدة بشكل كبير، إلا أن قدرتهم على الإملاء غالبًا ما تكون سيئة. وتكون سرعة تحريك الأصابع لديهم (وهي طريقة لتحديد مشكلات الحركة الدقيقة) عادية، مما يشير إلى أن الخلل من غير المحتمل أن ينجم عن أضرار في المخيخ، وتختلف أعراض عُسر القراءة وفقا لشدة الاضطراب، وكذلك عمر الفرد المصاب، كما يلي:

أطفال ما قبل سن المدرسة:

من الصعب الحصول على تشخيص بوجود عُسر القراءة قبل أن يبدأ الطفل في الذهاب للمدرسة، ولكن العديد من الأفراد المصابين لديهم تاريخ من الصعوبات

التي بدأت قبل الروضة، والأطفال الذين تظهر عليهم هذه الأعراض يواجهون مخاطر أكبر ليتم تشخيصها على أنها ديليكسيا من الأطفال الآخرين، ومن هذه الأعراض:

- التأخر في تعلم التحدث.
- يتعلم كلمات جديدة ببطء.
- لديه صعوبة في تقفية الكلمات.

أطفال في سن المدرسة الابتدائية المبكرة:

- صعوبة تعلم الأبجدية.
- صعوبة في الربط بين الأصوات والحروف التي تمثلهم (مراسلات الصوت-الرمز).
- صعوبة تحديد أو توليد كلمات مقفية، أو عد المقاطع في الكلمات (الوعي الصوتي).
- صعوبة تجزئة الكلمات إلى الأصوات الفردية، أو مزج الأصوات لعمل كلمات. (الوعي فونيمي).
- صعوبة استرجاع كلمة أو مشاكل التسمية.
- صعوبة في تعلم فك شفرة الكلمات.
- الخلط بين قبل / بعد، اليمين / اليسار، فوق / تحت، وهلم جرا.
- صعوبة التمييز بين أصوات مماثلة في الكلمات؛ خلط الأصوات في نطق كلمات متعددة المقاطع (التمييز السمعي).

تلاميذ المدارس الابتدائية الكبار:

- القراءة البطيئة أو غير الدقيقة.
- هجاء فقير جدا.
- صعوبة في الربط بين الكلمات الفردية مع معانيها الصحيحة.
- صعوبة في مراعاة الوقت، ومفهوم الوقت.
- صعوبة في مهارات التنظيم.

- بسبب الخوف من التحدث بشكل غير صحيح، ينسحب بعض الأطفال ويصبح خجول أو يخاف من عدم قدرتهم على فهم الإشارات الاجتماعية في بيئتهم.
- صعوبة فهم التعليمات السريعة، اتباع أكثر من أمر واحد في وقت واحد أو تذكر تسلسل الأمور.
- انتكاسات للحروف (بي ودي) وعكس كلمات (saw for was) هي عادة بين الأطفال الذين لديهم عُسر القراءة. وهذه الانتكاسات شائعة أيضا للأطفال في سن ٦ أو أصغر، وليس لديهم عُسر القراءة. ولكن مع عُسر القراءة، تستمر الانتكاسات.
- قد يفشل الأطفال الذين يعانون من عُسر القراءة في رؤية (وأحيانا سماع) أوجه التشابه والاختلاف في الحروف والكلمات، فقد لا يتعرف الطفل على المسافات بين الكلمات التي تنظم الحروف إلى كلمات منفصلة، وربما يكون غير قادر على لفظ النطق السليم لكلمة غير مألوفة.

تشخيص عسر القراءة:

يشمل التقييم عموما اختبار القدرة على القراءة مع قياس المهارات الأساسية مثل اختبارات تسمية سريعة لتقييم ذاكرة المدى القصير ومهارات التسلسل، والقراءة لتقييم مهارات الترميز الصوتي. ويتضمن التقييم عادة أيضا إجراء اختبار الذكاء لإنشاء ملف به نقاط قوة وضعف التعلم. وغالبا ما تشمل الاختبارات اختبار متعدد التخصصات لاستبعاد الأسباب الأخرى المحتملة لصعوبات القراءة، كضعف الإدراك أو لأسباب مادية مثل مشاكل في الرؤية أو السمع.

قام "Leppänen PH et al"، بالتحقيق في ما إذا كان الأطفال الذين يولدون لأسر لديها تاريخ مع مرض عُسر القراءة يواجهون مخاطر مرتفعة للإصابة به. حيث درس رضع بعمر ٦ أشهر مع أو دون التعرض لمخاطر عالية من عُسر القراءة العائلي وقياس الاختلافات في التنشيط الكهربائي في الدماغ الناجم عن التغيرات في الهيكل الزمني لأصوات التحدث، وهي سمة تلقينية حاسمة في الكلام. وقد اختلف الأطفال المعرضين للخطر عن الرضع تحت الرقابة في كل من قدرتهم على الاستجابة الأولية للأصوات،

وفي استجابات كشف التغير الذي يعتمد على سياق التحفيز. وهذا يدل على أن الأطفال المعرضين للخطر بسبب الخلفية العائلية لمشاكل القراءة يقومون بعملية تلقين سمعي زمني لأصوات التحدث بشكل مختلف عن الأطفال الرضع دون خطر من هذا القبيل حتى قبل أن يتعلموا الكلام، وأن حالات عُسر القراءة العائلية قد تساعد في التشخيص، وتشير أبحاث عُسر القراءة مؤخرا باستخدام التشخيص التصويري للأعصاب أنه يوما ما ربما سيكون من الممكن تحديد الأطفال الذين يعانون من عُسر القراءة قبل أن يتعلموا القراءة. (Leppänen, et al, 2002)

أما حاليا، فصعوبة الوصول إلى التشخيص التصويري للأعصاب يجعله طريقة غير عملية لتشخيص عُسر القراءة، ومع ذلك، فهناك أدوات اختبار يمكن استخدامها لتقييم المظاهر المحددة لهذه الاختلافات العصبية الحيوية. وتقوم هذه الأدوات بتقييم دقيق و/أو اعتراف بطلاقة كلمة، كلمة واحدة حقيقية وطلاقة القراءة والمعالجة الصوتية، وبالنسبة للطلبة الأكبر سنا، عيوب الهجاء، والكفاءة اللغوية العامة. وتعتبر أدوات مسح حيث يمكن استخدامها لتحديد الأطفال المعرضين لخطر عُسر القراءة منذ عمر ٦ سنوات (Marzola, et al, 2005)، ويقوم الخلاف الموجود في أبحاث عُسر القراءة على ما إذا كان عسر القراءة اضطراب، أو ما إذا كان يعكس ببساطة الفروق الفردية بين مختلف القراء (ELLIOTT, et al, 2008).

الحالات التي تحدث غالبا مع عُسر القراءة

كثيرا ما تحدث الحالات التالية مع عُسر القراءة في نفس الفرد المصاب. ومن غير الواضح ما إذا كانت هذه الحالات تشارك نفس الأسباب العصبية المرتبطة بعُسر القراءة، وهي:

- عُسر الكتابة: هو اضطراب يتجلى في المقام الأول خلال الكتابة أو الطباعة، رغم أنه في بعض الحالات، قد تؤثر أيضا على التنسيق بين اليد والعين في العمليات الموجهة بهذا الاتجاه أو التسلسل كربط العقد أو تنفيذ مهمة متكررة. ويتميز عُسر الكتابة عن خلل الأداء في أن الشخص قد يكون لديه الكلمة المراد كتابتها أو الخطوات السليمة واضحة في ذهنه، ولكنه ينفذ التسلسل بترتيب خاطئ.

- خلل الحساب هو حالة عصبية تميزت بمشكلة مع أساسيات التعلم وواحد أو أكثر من المهارات الحسابية الأساسية. وغالبا ما يمكن للمصابين بهذه الحالة أن يفهموا مفاهيم رياضية معقدة جدا ولكن يجدوا صعوبات في صياغة المعادلات وحتى في عمليات الجمع والطرح الأساسية.
- خلل الأداء التنموي هو حالة عصبية تتميز بصعوبة ملحوظة في تنفيذ المهام الروتينية التي تنطوي على التوازن، تنسيق حركي، صعوبة في استخدام أصوات التحدث، ومشاكل في ذاكرة المدى القصير.
- ضعف اللغة المحدد هو اضطراب لغة تنموي والذي يمكن أن يؤثر على كل من اللغة التعبيرية والحسية. ويعرف اضطراب اللغة المحدد بأنه اضطراب لغة "محض"، بمعنى أنه لا علاقة له أو ناجم عن الاضطرابات التنموية الأخرى، أو فقدان السمع أو إصابات الدماغ المكتسبة. وقد قامت دراسة لجامعتي ماستريخت واوتريخت بفحص ادراك التحدث وإنتاج التحدث في أطفال هولنديين عمرهم ٣ أعوام لديهم خطر عائلي لتطور عُسر القراءة. حيث تم مقارنة أداؤهم في تصنيف أصوات التحدث وإنتاجهم من الكلمات بأطفال من نفس السن يعانون من ضعف اللغة المحدد. وقد كانت نتائج المعرضين للخطر ومجموعة المصابين متماثلة إلى حد كبير. وتشير النتائج إلى أن كلا من عُسر القراءة وضعف اللغة المحدد يمكن تفسيرهم بنموذج متعدد المخاطر حيث يشمل عمليات معرفية، فضلا عن العوامل الوراثية (Pennington & Lefly 2001).
- الهذرمة: وهي اضطراب طلاقة التحدث التي تنطوي على كل من معدل وإيقاع التحدث، وينتج عنها اختلال في وضوح الكلام. حيث يكون التحدث شاذ وغير طبيعي، ويتألف من تدفقات سريعة ومتشنجة عادة ما تنطوي على الصياغة الخاطئة. وتحمل شخصية المهذرم شبها ملحوظا لتلك الشخصيات ذات صعوبات التعلم.

النظريات التي تفسر عُسر القراءة:

أولاً: نظرية المخيخ

ترى هذه النظرية أن مخيخ الأشخاص المصابين بعُسر القراءة لا يعمل بشكل سليم وأن عددا من الصعوبات المعرفية تترتب على ذلك.

ثانيًا: ضَعف سرعة التسمية ونظريات العجز المزدوج

تمثل السرعة التي يمكن للفرد أن يُسمي بها الأشياء المألوفة أو الحروف مؤشرا قويا على عُسر القراءة. ويمكن التعرف على التسمية البطيئة في وقت مبكر في الروضة؛ وتستمر بطء التسمية عند البالغين المصابين بالديسليكسيا (Ramus, et al, 2003)، ولا يزال يُفترض أن الضعف في سرعة التسمية يمثل عجز منفصل تماما عن عجز المعالجة الصوتية. وقد حدد "وُلف" أربعة أنواع من القراء: القراء بدون أي عجز، القراء مع عجز المعالجة الصوتية، القراء مع عجز سرعة التسمية، والقراء مع العجز المزدوج، والذي يمثل مشاكل مع كلا من المعالجة الصوتية وسرعة التسمية. ويعاني غالبا الطلاب المصابين بعجز مزدوج من عيوب قراءة حادة (Birsh, 2005).

ثالثًا: فرضية استبعاد الضجيج البصري الإدراكي

يعتبر مفهوم ضعف استبعاد الضجيج الإدراكي (خلل تصفية المعلومات البصرية التي لا صلة لها بالسلوك في عُسر القراءة أو الضوضاء البصرية) هو فرضية ناشئة، بدعم من الأبحاث التي أكدت أن المصابين بعُسر القراءة يجدوا صعوبة في أداء المهام البصرية مثل كشف الحركة في وجود الإلهاءات الإدراكية، ولكن لا تظهر نفس الضعف عندما تتم إزالة عوامل الإلهاء في بيئة تجريبية (Sperling, et al, 2006)، (Roach & Hogben, 2007) ولقد قارن الباحثون النتائج التي توصلوا إليها بشأن مهام التمييز البصري بنتائج أبحاث أخرى ذات الصلة بمهام التمييز السمعي. وقد أكدوا أن أعراض الديسلكسيا تنشأ بسبب ضعف القدرة على تصفية كل من الإلهاءات البصرية والسمعية، وإلى تصنيف المعلومات وذلك لتمييز البيانات الحسية الهامة من البيانات غير الهامة (Sperling, et al, 2005).

رابعًا: نظرية العجز الصوتي

تفترض نظرية العجز الصوتي أن المصابين بعُسر القراءة لديهم ضعف محدد في التمثيل، التخزين، و/أو استرجاع أصوات الكلام. مما يفسر ضعف القراءة للأشخاص الذين يعانون من عُسر القراءة على أساس أن تعلم قراءة نظام أبجدي يتطلب تعلم مراسلات الحروف والفونيم، أي المراسلات بين الحروف والأصوات المكونة للكلمة (Ramus, et al, 2003).

خامسًا: نظرية المعالجة السمعية السريعة

تعتبر نظرية المعالجة السمعية السريعة بديلا لنظرية العجز الصوتي، حيث تنص على أن العجز الأساسي يكمن في ادراك الأصوات القصيرة أو المتغيرة سريعا. ويأتي الدعم لهذه النظرية من أدلة على أن الأشخاص المصابين بالديسلكسيا يُظهروا أداء ضعيفا في عدد من مهام السمع، بما في ذلك تمييز التردد والحكم على الترتيب الزمني (Ramus, et al, 2003).

سادسًا: النظرية البصرية

تعتبر هذه النظرية أن الضعف البصري يؤدي إلى صعوبات في معالجة الحروف والكلمات في صفحة من النص. مما يمكن أن يأخذ شكل تثبيتات مجهرية غير مستقرة، تجانح ضعيف، أو زيادة الازدحام البصري، ولا تستبعد النظرية البصرية وجود عجز صوتي(Ramus, et al, 2003).

سابعًا: فرضية المخ الوظيفي

قدمت آليات التصوير العصبي، مثل التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي (FMRI)، والتصوير المقطعي لإطلاق البوزيترون(PET) أدلة واضحة عن الاختلافات الهيكلية في أدمغة الأطفال الذين يعانون من صعوبات في القراءة، حيث وُجد أن الأشخاص المصابين بالديسليكسيا لديهم عجز في أجزاء من النصف الأيسر من المخ المشارك في عملية القراءة، والذي يتضمن التلفيف الجبهي السفلي، الفصيص الجداري السفلي، واللحاء الزمني المتوسط والبطني (Cao, et al, 2006)، وتشير نتائج الدراسات إلى أن هناك اختلافات ملحوظة في كيفية عمل الدماغ المصاب

بالديسلكسيا بالمقارنة مع دماغ القارئ العادي، وقد وجد "شايوتز" – باستخدام الرنين المغناطيسي الوظيفي – أن القراء الجياد أظهروا وجود نمط ثابت من التنشيط القوي في الجزء الخلفي من المخ مع تنشيط أضعف في الجزء الأمامي من الدماغ أثناء مهام القراءة. في المقابل، فإن النمط السائد في تنشيط دماغ المصابين بعسر القراءة هو عكس ذلك أثناء مهام القراءة، حيث يصبح الجزء الأمامي من الدماغ مفرط النشاط مع تنشيط أضعف في الجزء الخلفي. ويشير شايوتز "إلى أن هؤلاء القراء المكافحين يستخدموا نظم في الجزء الأمامي من الدماغ في محاولة للتعويض عن الانقطاع في الجزء الخلفي من الدماغ."

كما أجرى "شايوتز" دراسات على الطلاب المصابين سواء قبل أو بعد سنوات طويلة من معالجة القراءة باستخدام برنامج فعال للمُعسرين قرائيا. فقبل البرنامج العلاجي، كانت أنماط تنشيط أدمغة الطلاب هي نفس الأنماط النموذجية للمعُسرين قرائيا. أما بعد اجتياز البرنامج، فأصبحت أنماط تنشيط أدمغة الطلاب مماثلة لتلك الموجودة لدى الطلاب الذين كانوا دائما قراء جياد. ويدل هذا على أنه مع التدخل المبكر والفعال، يمكن لدماغ المصاب أن تجدد ويمكن للأطفال المصابين أن يصبحوا قراء جياد (Shaywitz, 2003).

رابعًا: صعوبة الكتابة Dysgraphia:

هي عبارة عن صعوبة في القدرة على الكتابة راجعة لعجز الطفل عن نقل المادة المنطوقة إلى مادة مكتوبة بسبب خلل في القدرة الحركية الدقيقة لديه إضافة إلى العجز الحاصل في التآزر البصري الحركي ويلاحظ على هذا الطفل أنه يكتب في مستوى أقل ممن هم في عمره، وتأتي كلمة عسر الكتابة (dysgraphia) من الكلمتين اللاتينيتين dys والتي تعني "إعاقة" وgraphia التي تعني "كتابة أشكال الحروف باليد".

ويعد عسر الكتابة نقصًا في القدرة على الكتابة في المقام الأول فيما يتعلق بالكتابة بخط اليد، أما تعذر الكتابة فهو عبارة عن فقد كامل للقدرة على الكتابة والهجاء أثناء الكتابة، ولا يمكن أن يقوم الأشخاص المصابون بتعذر

الكتابة بتحويل حروف اللغة في اللغة المكتوبة، ويحدث كلا الأمرين بغض النظر عن القدرة على القراءة، ولا يتعلقان بالإعاقة الفكرية. ويعد عسر الكتابة إعاقة مرتبطة بالخط، مما يعني أنها اضطراب في الكتابة يقترن بإعاقة الكتابة بخط اليد وترميز قواعد الإملاء أو الكتابة (قواعد الكتابة، عملية تخزين الكلمات المكتوبة ومعالجة الحروف في هذه الكلمات)، وتسلسل الأصابع (حركة العضلات اللازمة للكتابة) (Berninger & Wolf 2009). وغالبًا ما يتداخل مع إعاقات التعليم الأخرى، مثل إعاقة الخطاب أو اضطراب نقص الانتباه أو اضطراب التناسق الإنمائي (Nicolson & Fawcett, 2011)، وفي الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV)، تتم الإشارة إلى عسر الكتابة على أنه صعوبة في التعلم في فئة التعبيرات المكتوبة عندما تكون القدرات الخاصة بالكتابة لدى الفرد أقل من تلك المتوقعة، مع الأخذ في الاعتبار النظر إلى عمر الشخص من ناحية الذكاء والتعليم المناسب للعمر.

وهناك مرحلتان، على الأقل، في إجراء الكتابة، وهما مرحلة لغوية ومرحلة الحركة والتعبير والتطبيق العملي. وتشتمل المرحلة اللغوية على ترميز المعلومات الصوتية والمرئية في شكل رموز للحروف والكلمات المكتوبة. ويتم التفكير في ذلك من خلال التلفيف الزاوي، فالتلفيف الزاوي يوفر القواعد اللغوية التي توجه الكتابة. أما المرحلة الحركية فتتم عندما يتم التلفظ بتعبير الكلمات أو حروف اللغة المكتوبة. ويتم التفكير في هذه المرحلة من خلال منطقة كتابة إكسنر (Exner) في الفص الجبهي. ومعظم المرضى المصابين بمرض الحبسة يعانون من شكل من أشكال تعذر الكتابة بسبب الإعاقة التي تظهر في معالجة اللغة والتي تؤثر بشكل مطلق على القدرة على الكتابة (Joseph, 2000).

غالبًا، ولكن ليس دائمًا، ما يكون عسر الكتابة مصحوبًا بإعاقات تعليمية أخرى مثل عسر القراءة أو اضطراب نقص الانتباه، .(Berninger & Wolf, 2009) (Berninger & May, 2011)، ويمكن أن يؤثر ذلك على نوع تعذر الكتابة الذي يعاني منه الشخص. وهناك ثلاثة أنواع رئيسية يمكن التعرف عليها لتعذر الكتابة،

ولا يوجد قدر كبير من المعلومات المتاحة حول الأنواع المختلفة لتعذر الكتابة، ومن المحتمل أنه توجد المزيد من الأنواع الفرعية أكثر من تلك المسرودة أدناه. يمكن أن يعاني بعض الأطفال من مجموعة من نوعين أو أكثر من هذه الأنواع، ويمكن أن تختلف الأعراض المفردة حال ظهورها عن تلك الموضحة أدناه. والعرض الأكثر شيوعًا هو عسر الكتابة وتعذر الكتابة الناجمة عن الأضرار التي تصيب بعض أجزاء قشرة الدماغ الحركية في الفصوص الجدارية.

ومع ذلك، غالبًا ما تؤدي الأضرار التي تصيب الفص الجبهي، خصوصًا منطقتي إكسنر وبروكا، إلى حدوث صعوبات في الأوجه الحركية الأساسية للكتابة. ويصبح تكوين الحروف اللغوية مجهدًا، وغير منسق، ويأخذ شكلاً غامضًا للغاية. وغالبًا ما تصيب الإعاقة الكتابة اليدوية المخطوطة بشكل أكبر من الكتابة اليدوية المطبوعة. كما تتأثر القدرة على الهجاء كذلك. وقد لا يتمكن المرضى من الهجاء بشكل صحيح حتى عندما يتم إعطاؤهم حروفًا كبيرة لأغراض التوضيح. كما يتغير اختيار الحروف اللغوية كذلك، وفي بعض الأوقات، يمكن أن يبدو أن المريض قد نسي كيفية تكوين حروف معينة. ويمكن كتابة حروف خاطئة، مما يبدو كما لو أن المريض قد نسي كيفية الهجاء. وفي بعض الأحيان، يمكن أن يقوم المرضى كذلك بإضافة بعض الحروف غير الضرورية أو كتابة الحروف بتسلسل غير طبيعي عند تكوين كلمة مكتوبة. ولا يكون المرضى المصابون بتعذر الكتابة الجبهية، خصوصًا عندما تتضرر منطقة بروكا، قادرين على الكتابة تلقائيًا أو الإملاء. ويمكن أن تصبح الكتابة مشوشة بسبب تكرار نفس الحروف مرات ومرات أو إضافة حركات إضافية إلى الحرف، خصوصًا عند الكتابة بأحرف متصلة (Joseph, 2000).

عسر الكتابة الحركي:

يحدث عسر الكتابة الحركي بسبب عجز مهارات الحركة الدقيقة أو ضعف المهارات أو ضعف العضلات أو بسبب المشكلات الحركية غير المحددة. وبشكل إجمالي، يكون من الصعب فهم الأعمال المكتوبة لهؤلاء المرضى حتى إذا تم نسخها

من مستند آخر، ويكون الرسم صعبًا. ويكون الهجاء الشفهي لهؤلاء الأفراد طبيعيًا، بينما تكون سرعة تحريك الأصابع لديهم أقل من الطبيعي. ويشير ذلك إلى وجود مشكلات في مهارات الحركة الدقيقة لدى هؤلاء الأفراد. وغالبًا ما تميل الكتابة بسبب الإمساك بالقلم الحبر أو الرصاص بطريقة غير صحيحة (Berninger & Wolf, 2009).

ويرتبط تعذر الكتابة في أغلب الأحوال بتضرر الفص الجبهي، إلا أنه يمكن أن ينجم كذلك عن الأضرار التي تصيب الفص الصدغي الأعلى والأدنى. ويتواجد الفص الصدغي الأدنى عند نقطة التقاء الفصوص الدماغية الأربعة، ويعمل كنقطة تكامل لحواس الصوت والرؤية والحركة واللمس لتكوين مفهوم متعدد الوسائط يكون ضروريًا للغة، خصوصًا فيما يتعلق بالفهم والتعبير. ومع حدوث ضرر في الفص الصدغي الأدنى، يصاب الأفراد بصعوبات في برمجة الحركات اللازمة لتكوين الكلمات المكتوبة. وغالبًا ما يخطئ الأفراد المصابون بهذا النوع من تعذر الكتابة في هجاء الكلمات، ويمكن أن يقوموا بإدخال حروف خاطئة أو ترتيب الحروف ترتيبًا أو تسلسلًا خاطئًا عند محاولة الكتابة، ويشبه ذلك تعذر الكتابة بسبب مشكلات الفص الجبهي. وعلى عكس تعذر القراءة بسبب الفص الجبهي، تكون قدرة الفرد على القراءة والحديث وتسمية الأشياء أو الحروف في الغالب سليمة.

وبشكل أكثر شيوعًا، فإن هذا الشكل من أشكال تعذر القراءة ينطوي على الأضرار التي تصيب المناطق الصدغية العلوية والوسطى في نصف الكرة المخية الأيسر و / أو الفص الصدغي الأدنى. ولا يستطيع الأفراد الكتابة لأن المنطقة المسئولة عن تنظيم الحروف بصريًا تكون مفصولة عن المنطقة التي تتحكم في تحركات (اليد) في الفص الجبهي. ويفترض أن تتواجد البرامج الحركية المرتبطة بتصور وإنتاج اللغة المكتوبة في الفص الصدغي الأدنى في نصف الكرة المخية الأيسر. ويكون عدم قدرة الشخص على الوصول إلى هذه البرامج الحركية هو السبب وراء عجزه عن القدرة على الكتابة. وغالبًا ما تحتوي عينات الكتابة التي

يتم توفيرها من خلال الأفراد الذين يعانون من تلف في الفص الصدغي الأدنى على أخطاء في الهجاء وحذف للحروف والتشوهات وتغيير الموضع المكاني الصدغي بالإضافة إلى حالات العكس.

ويعد تعذر الكتابة وتعذر القراءة خللاً ينطوي على عدم القدرة على القراءة وعدم القدرة على الكتابة معًا، أو تغيير القدرة على ترميز وتشفير اللغات المكتوبة. وفي هذا النوع من تعذر الكتابة، لا تتأثر الكتابة والقراءة بشكل متساوٍ. وقد يتمكن بعض الأفراد من التعرف على الحروف المكتوبة، إلا أنهم لا يمكنهم تكوينها. ويمكن أن يقوم بعض الأفراد بتكوين الحروف، إلا أنهم لا يمكنهم القراءة أو التعرف على الحروف. ومثل أشكال تعذر الكتابة البديلة، يعاني المريض المصاب بتعذر الكتابة وتعذر القراءة كذلك من صعوبات في الهجاء، حتى عندما يتم إعطاؤهم حروفًا كبيرة لأغراض التوضيح، وغالبًا ما يكون السبب في تعذر الكتابة وتعذر القراءة وجود ضرر يشتمل على الفص الصدغي الأدنى في نصف الكرة المخية الأيسر والتلفيف الزاوي. في هذا الشكل من أشكال تعذر الكتابة، يحدث خلل في السيطرة الحركية تفصل هذا المرض عن تعذر الكتابة الصرف (Joseph, 2000).

خامسًا: صعوبة التذكر والتعبير Dysnomia:

شكل من أشكال اضطراب اللغة يتمثل في صعوبة وضع الكلمة في مكانها المناسب مما يؤدي إلى استخدامها بصورة غير صحيحة، ويلاحظ على لغة الطفل عدم الترابط والتناسق في سياق الكلام، وتلاحظ هذه الحالة حينما يقوم الفرد بوضع أي كلمة مكان الكلمة التي لا يستطيع تذكرها.

سادسًا: صعوبة فهم الكلمات والجمل Echolalia:

وهي تعني صعوبة فهم معنى الكلمة أو الجملة المسموعة.

سابعًا: قصور اللغة (صعوبة تركيب الجملة) Language Deficit

هي عبارة عن قصور في تنظيم وتركيب الكلام مما ينتج عنه التحدث بجمل غير مفيدة واستخدام الكلمات والأفعال والضمائر في أماكن غير مناسبة.

الفصل السابع
اضطرابات النطق

تمهيد:

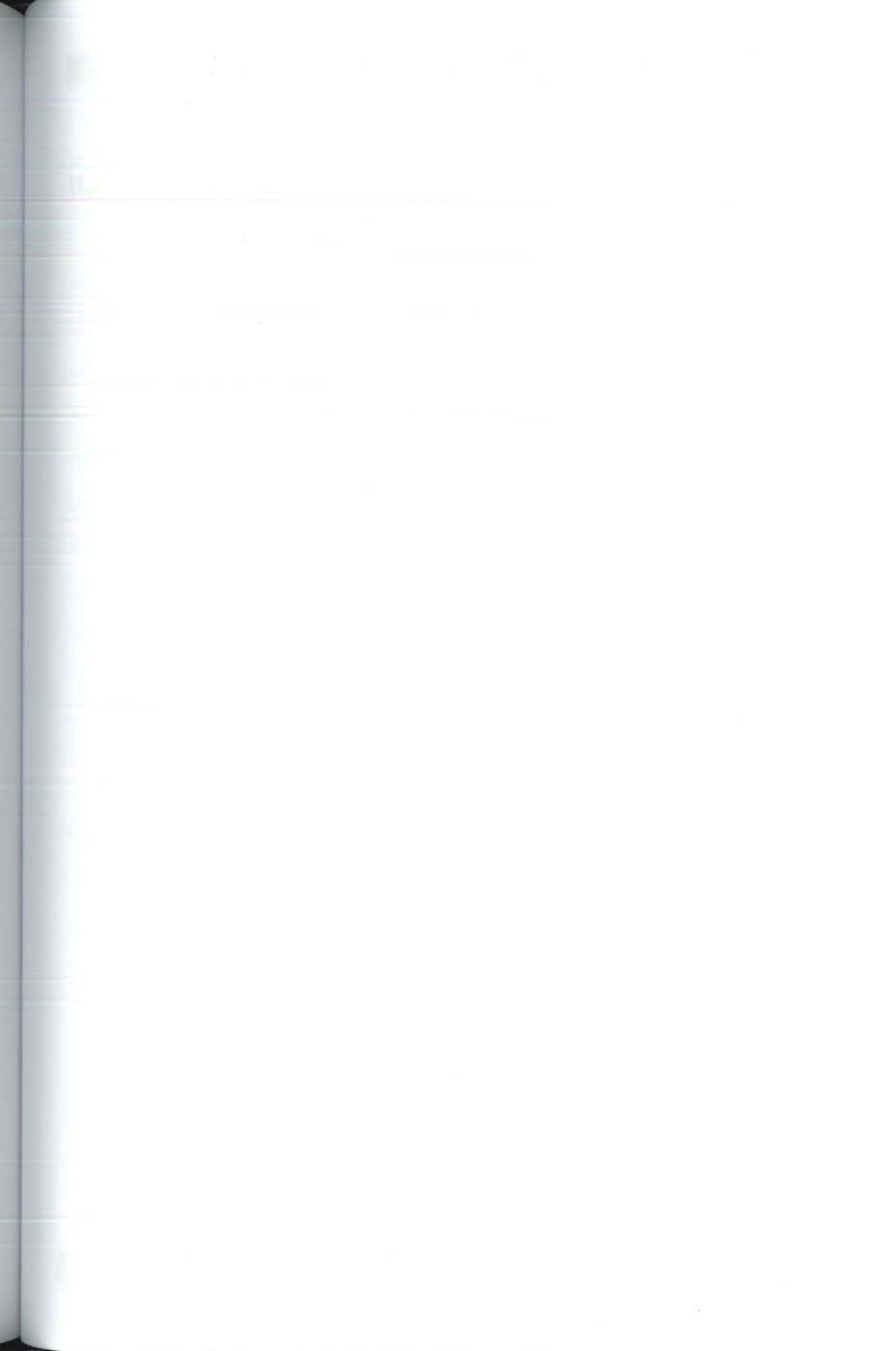
تعريف اضطرابات النطق

خصائص اضطرابات النطق

أسباب اضطرابات النطق

مظاهر اضطرابات النطق

علاج اضطرابات النطق



الفصل السابع

اضطرابات النطق

تمهيد:

تشمل اضطرابات النطق والكلام النشاط الحركي الذي يترجم ما لدى الفرد من رموز لغوية يعبر من خلال هذا النشاط عن حاجاته وأفكاره ومشاعره، ويحتاج الفرد لإنتاج الكلام إلى استخدام عدد كبير من أجهزته الحيوية مما يؤكد على حقيقة أن عملية الكلام ليست بالعملية البسيطة يشترك الجهاز العصبي المركزي والجهاز العصبي الطرفي وكذلك الجهاز التنفسي معاً في إنتاج الكلام، وتنتشر اضطرابات النطق بين الصغار والكبار، وهى تحدث في الغالب لدى الصغار نتيجة أخطاء في إخراج أصوات حروف الكلام من مخارجها، وعدم تشكيلها بصورة صحيحة. وتختلف درجات اضطرابات النطق من مجرد اللغة البسيطة LISP إلى الاضطراب الحاد، حيث يخرج الكلام غير مفهوم نتيجة الحذف والأبدال والتشويه. وقد تحدث بعض اضطرابات النطق لدى الأفراد نتيجة خلل في أعضاء جهاز النطق مثل شق الحلق CLEFT PALATE، وقد تحدث لدى بعض الكبار نتيجة إصابة في الجهاز العصبي المركزي CNS، فربما يؤدي ذلك إلى إنتاج الكلام بصعوبة أو بعناء، مع تداخل الأصوات وعدم وضوحها كما في حالة عسر الكلام Dyasrthria، وربما فقد القدرة على الكلام تماماً كما في حالة البكم Mutism.

تعريف اضطرابات النطق Articulation Disorders:

يعرف اضطراب النطق بأنه مشكلة أو صعوبة في إصدار الأصوات اللازمة للكلام بالطريقة الصحيحة، ويمكن أن تحدث عيوب النطق في الحروف المتحركة أو في الحروف الساكنة أو في تجمعات من الحروف الساكنة كذلك، ويعرف فيصل الزراد (١٩٩٠) اضطرابات النطق بأنها "تلك العملية التي يتم من خلالها التركيز على أي خلل في عملية وطريقة النطق ، وطرق لفظ الأصوات، وتشكيلها ، أو إصدار الأصوات بشكل صحيح"، بينما يعرف فتحي عبد الرحيم (١٩٩٠) اضطراب النطق بأنه "مشكلة أو صعوبة في إصدار الصوت اللازم للكلام

بطريقة صحيحة، وعيوب النطق تحدث في الأصوات الساكنة أو في الأصوات المتحركة، كما أنه يمكن أن يشمل بعض الأصوات أو جميع الأصوات، في أي موضع من الكلمة.

وعرف عبد العزيز الشخص (١٩٩٧) اضطراب النطق بأنه "هو ذلك الاضطراب الذي يحدث نتيجة وجود أخطاء في إخراج أصوات حروف الكلام من مخارجها، وعدم تشكيلها بصورة صحيحة، وتختلف درجات اضطرابات النطق من مجرد اللثغة البسيطة إلى الاضطراب الحاد، حيث يخرج الكلام غير مفهوم نتيجة الحذف، والإبدال، والتشويه، والإضافة". وعرفت اضطرابات النطق في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSMIV, 1994) بأنه: "فشل في استخدام أصوات الكلام المتوقعة نمائياً والتي تكون مناسبة لعمر الفرد وذكائه ولهجته، ويتضح في إصدار صوتي رديء أو تلفظ غير مناسب.. ويتألف الاضطراب النطقي من: أخطاء في إصدار الصوت، أو إبدال صوت مكان آخر، أو حذف أصوات مثل الحروف الساكنة التي تقع في آخر الكلمة، و تشويه وتحريف لنطق الكلمة.. الخ، مما يعطى انطباعاً بأنه كلام طفلي". يمكن أن يشمل الاضطراب بعض الأصوات أو جميع الأصوات، في أي موضع من الكلمة، تعتبر عيوب النطق حتى الآن أكثر أشكال اضطرابات الكلام شيوعاً، ومن ثم تكون الغالبية العظمى من حالات اضطرابات النطق التي يمكن أن نواجهها في الفصول الدراسية أو في المراكز العلاجية (نائل أخرس، ٢٠٠٩).

خصائص اضطرابات النطق:

هناك عدة خصائص لاضطرابات النطق، أهمها:

- تنتشر اضطرابات النطق بين الأطفال الصغار في مرحلة الطفولة المبكرة.
- تختلف الاضطرابات الخاصة بالحروف المختلفة من عمر زمنى إلى آخر.
- يفضل علاج اضطرابات النطق في المرحلة المبكرة، بتعليم الطفل كيفية نطق أصوات الحوف بطريقة سليمة، وتدريبه على ذلك منذ الصغر، ويحتاج الطفل لعرضه على أخصائي إذا بلغ عمر السابعة واستمر يعانى من هذه الاضطرابات،

وكلما استمرت اضطرابات النطق مع الطفل رغم تقدمه في السن كلما كانت أكثر رسوخًا، وأصعب في العلاج.

- تحدث اضطرابات الحذف على المستوى الطفلي أكثر من عيوب الأبدال أو التحريف.
- عند اختبار الطفل ومعرفة إمكانية نطقه لأصوات الحروف بصورة سليمة فإن ذلك يدل على إمكانية علاجه بسهولة (سهير أمين، ٢٠٠٥).

أسباب اضطرابات النطق:

على الرغم من صعوبة تحديد سبب معين لاضطرابات النطق، إذ قد تشترك اضطرابات النطق مع غيرها من اضطرابات الكلام في أسباب عامة، فإنه يمكن تحديد الأسباب التالية لاضطرابات النطق:

١. الإعاقة السمعية:

من المعلوم أن تأثير الإعاقة السمعية لا يقتصر على الحاسة فحسب بل يؤثر بصورة أساسية على عملية الكلام، ويعد فقد السمع من أهم مسببات اضطرابات النطق والكلام النمائية، خاصة إذا حدث فقد السمع في الصغر إذ يكون تأثير ذلك على عملية الكلام أكثر حدة، وكما هو معلوم تزداد اضطرابات النطق والكلام كماً وكيفاً بزيادة درجة فقد السمع.

٢. أسباب إدراكية حسية:

أوضحت العديد من الدراسات وجود علاقة بين عدم القدرة على التمييز السمعي واضطرابات النطق لدى الأطفال، فعدم قدرة الطفل على الانتباه إلى كلام المحيطين به، وعجزه على التركيز عليه دون الأصوات الأخرى في البيئة، يسهم في عدم قدرة الطفل على نطق كلماته الأولى.

٣. المشكلات الحركية – اللفظية Oral – motor difficulties:

هناك اتجاه حديث يرجع أسباب اضطرابات النطق إلى الجوانب الحركية لعملية الكلام من مثل عدم القدرة على إصدار الحركات المتسقة اللازمة للنطق Apraxia، وعسر الكلام الناتج عن عدم القدرة على التحكم الإرادي في حركة

أجزاء جهاز النطق، فعدم قدرة الفرد على التحكم الإرادي في حركات أجزاء جهاز النطق بدرجة مناسبة لممارسة الكلام بصورة صحيحة يقود لاضطرابات النطق، ويعتبر عسر الكلام Dysarthria: اضطراب حركي في الكلام يرجع إلى إصابة في مكان ما بالجهاز العصبي المركزي، ويعتمد نوع عسر الكلام الذي يعانيه الفرد على مكان الإصابة المخية وحجمها، فمثلاً يعد عسر الكلام التشنجي Spastic dysarthria من أكثر الأنواع شيوعاً ويرتبط في الغالب بإصابة جانبية تحدث في مكان ما بأعلى الجهاز العصبي، أما عسر الكلام الترهلي أو الرخو Flaccid dysarthria فهو يحدث نتيجة إصابة بالجزء السفلي بالجهاز العصبي، إذ يمكن أن يحدث نتيجة تلف أو إصابة بجذع المخ والحبل الشوكي. ويؤدي عسر الكلام من أي نوع إلى تغيرات في النطق والصوت والإيقاع، ويظهر الكلام في هذه الحالة مرتعش وغير متسق، ويحتاج إلى مزيد من الجهد لإخراج الأصوات حيث تخرج المقاطع الصوتية مفككة وغير منتظمة في توقيت خروجها كما هو في النطق المقطعي Syllabic Articultion وقد تخرج الأصوات بصورة إنفجارية Expolsive أو ينطق الفرد بعض مقاطع الكلمة دون غيرها (سهير شاش، ٢٠٠٧).

٤. خلل أجزاء جهاز النطق: Oral – Structural deviations

على الرغم من أن الطفل قد يستطيع التغلب على الخلل في أجزاء النطق نظرًا لأن الكلام أساسًا يعد فعلًا شفويًا سمعيًا إذ قد يقوم المتحدث باستخدام أذنيه (الذاكرة السمعية) كي يعرف النموذج الصوتي للكلمة التي يريد نطقها، وبالتالي يتعلم كيفية استخدام الحركات التعويضية للتغلب على مشكلة الكلام الناجمة عن إصابة جهاز النطق، ومن ثم يستطيع نطق الكلام طبقًا للنماذج الصوتية التي يعرفها أو يختزنها بداخله، إلا أن هناك بعض الإصابات في جهاز النطق تؤدي إلى اضطرابات النطق، أهمها:

أ. شق الحلق أو الشفاه:

يسبب شق الحلق تشوه في النطق ورنين الصوت، حيث تزاد الأصوات الأنفية، وتختل الأصوات الاحتكاكية والاحتباسية، وينقسم الحنك إلى قسمين: الحنك

الصلب: الذي يقع في مقدمة التجويف الفمي إذ يمتد من اللثة إلى نهاية الغار ، والحنك الرخو: والذي يقع في مؤخرة التجويف الفمي وينتهي باللهاة. ويعتبر الحنك المشقوق هو أبرز أوجه الخلل التي يمكن أن تصيب هذا الجزء من أجزاء جهاز النطق، مما يترك فتحة داخل الفم فيندفع الهواء عبر الأنف مما يخلق نغمة أنفية في الكلام. ولذا يظهر ذوي الحنك المشقوق أصواتًا أنفية مرتفعة، وعيوب نطق فريدة إلى حد ما بالرغم من أنه في بعض الشقوق الصغيرة أو الشقوق المعالجة ربما لا تؤدي إلى وجود مشكلات في النطق ، وتظهر أخطاء النطق لدى ذوي الحنك المشقوق على شكل إنتاج ضعيف للأصوات الساكنة المضغوطة، ووجود الأصوات الاحتكاكية البلعومية، والوقفات الحنجرية والبلعومية، و نطق صوت /ل/ البلعومية.

وفي الغالب تكون الإصابة بشق الشفاه Lip palate ثانوية مصاحبة بإصابات رئيسة من مثل إصابة القلب أو تشوهات الوجه والأطراف وتعتبر الوراثة عاملاً رئيسيًا للإصابة بهذه الحالة وتحدث حينما لا يتم نمو أجزاء الوجه بشكل سليم في الأشهر الأولى من حياة الجنين وقد تحدث الإصابة لشفة واحدة أو لكليهما وقد تكون الشفة في هذه الحالة مزدوجة بشق الشفة والحنك معاً، وتؤدي هذه الحالة إلى عدم احتباس الهواء عند نطق الحروف الاحتباسية كصوت /ب/ ، كما يصعب على الفرد نطق الأصوات التي تشترك فيها الشفتان مثل /و/ ، /م/، /ف/.

ب. خلل شكل اللسان:

يعتبر اللسان بصفة عامة أهم عضو نطق في إنتاج الكلام وحركات اللسان أثناء إنتاج الكلام، ولقد كان يعتبر أن للنسيج الذى يربط اللسان بقاع الفم دور بارز في اضطرابات النطق، وتظهر عقدة اللسان حينما تكون الأربطة التي تربط اللسان بمؤخرة قاع الفم بمجموعة من الأربطة العضلية قصيرة أكثر من اللازم مما يعوق سهولة حركة اللسان، ويؤدي هذا الرباط إلى جذب اللسان إلى أسفل مما يصعب عليه التحرك إلى أعلى بحرية ، ويتأثر تبعاً لذلك نطق بعض الأصوات التي تحتاج لاستعمال طرف اللسان ومقدمته كأصوات /ت/ ، /د/ ، /ط/ ، أو الأصوات التكرارية كصوت /ر/ ل/، كما أن لأورام اللسان تأثيرًا على ضخامة الصوت

وخشونته وعدم وضوحه وتتأثر تبعا لذلك الأصوات التي تحتاج لطرف اللسان في نطقها حيث يكون من الصعب على الشخص نطقها، كما يؤثر اختلاف حجم اللسان إلى اضطرابات النطق، كما هو الحال لدى أطفال متلازمة داون، التي يكون فيها اللسان كبيرا مما يجعله يتدلى خارج الفم مما يعوق عملية تشكيل أصوات الكلام، وعلى الطرف الأخر يعاني أطفال آخرون من قصر في اللسان بدرجة ملحوظة مما يؤثر على نطق الأصوات البين أسنانية وهي الأصوات التي تخرج من بين الثنايا العليا وهي: / ث / ، / ذ /، / ظ/.

ت. تشوه الأسنان:

تقوم الأسنان بدور مهم في بناء معالم البنية الصوتية وتحديد أشكالها خصوصا في بعض الأصوات التي يتكئ اللسان عليها في صيغتها النهائية كصوت / د / ، / ث / ، أو في إنتاج الأصوات التي تضغط فيها الأسنان العليا على الشفة السفلى كصوت / ف/، وتشترك الأسنان مع أعضاء النطق الأخرى في إصدار مجموعة الأصوات الاحتكاكية مثل / س / ، / ش / ، / ص / وتحتاج هذه الأصوات إلى فتحات سنية غير مشوهة لاختفاء صفة الاحتكاك أو الصفير في الأصوات الساكنة، وتسهم تشوه الأسنان في اضطرابات النطق، إذ تعتبر مخارج لبعض الأصوات، فسقوط الأسنان الأمامية العلوية غالبًا ما يصاحب باضطرابات نطق بيد أنها مؤقتة حيث تزول مع طلوع الأسنان الجديدة، ومن المشكلات الأكثر خطورة في هذا الصدد، وجود ضعف شديد بعظام الفك العلوي مما يؤخر عملية نمو الأسنان، مما يعوق حركة اللسان، وقد يجتاز الطفل هنا عملية تقويم تتضمن وضع دعامات للأسنان بالفك العلوي، مما قد يؤثر في حركة اللسان مرة أخرى ومن ثم تؤدي إلى مزيد من اضطرابات النطق.

ث. عدم تطابق الفكين:

إن أي خلل في الفكين سوف يؤثر تأثيرا واضحا على وضوح الصوت وجودته، ومن الأمثلة على ذلك بروز أحد الفكين عن الآخر مما يؤدي لحدوث خلل في عملية إطباق الأسنان إذ قد يتقدم الفك السفلي على العلوي أو العكس، وكذلك أيضًا

عدم القدرة على التحكم في حركة الفك وخاصة السفلي نتيجة الإصابة بمشكلة ما، كأن يصاب الشخص بالشلل مثلا، مما يعوقه عن ممارسة النطق والكلام بصورة طبيعية.

٥. أخطاء عمليات إصدار الصوت: Faulty phonological processes

إن عملية إنتاج الأطفال للكلام في مرحلة مبكرة من حياتهم ليست عملية عشوائية، ولكنها عملية تتم طبقاً لقواعد مميزة. ويتم الحكم على الكلام الذي ينطقه الطفل، بأنه صحيح أو غير صحيح بمقارنته بكلام الكبار الذي يعد المعيار الأساسي للغة، وتتضمن عملية نطق أصوات الكلام مجموعة من القواعد تتمثل في ثلاث محاولات:

أ. إنتاج أصوات الكلام.

ب. قواعد توزيع وترتيب الأصوات.

ت. قواعد تغيير الصوت.

ويصعب على الأطفال إتباع قواعد إصدار الصوت عند النطق في بادئ حياتهم، وبالتالي يقومون بتبسيط عملية إنتاج الأصوات كي يسهل عليهم الكلام مما يؤدي إلى إغفال بعض الأصوات الساكنة، فيحدث الحذف، وغيره من اضطرابات النطق، كما أن القدرة على سماع الكلام ونطقه تنمو ببطء لدى الطفل العادي، حيث يستغرق قرابة سبع سنوات كي يتمكن من ممارسة كلام الكبار، ويقضي الطفل جزءاً كبيراً من هذه الفترة مستمعا لكلام المحيطين به، ويحاول مقارنة الأصوات ببعضها، وربما نطق بعضها حسب استطاعته، وهكذا تحدث عملية التبسيط وتظهر اضطرابات النطق الوظيفية التي تنتشر بين الأطفال خلال السنوات الأولى من عمرهم.

٦. خلل الجهاز العصبي:

تعد الأسباب المرتبطة بالجهاز العصبي هي أحد أهم الأسباب التي تقف وراء ما يعانيه الأطفال من اضطرابات في النطق فما يصيب ذلك الجهاز من تلف أو إصابة ما قبل أو أثناء أو بعد الولادة هو المسئول في كثير من الأحيان عما ينجم من مشكلات في اللغة والنطق.

٧. الأسباب البيئية:

لا شك أن للعوامل البيئية دور بارز في إحداث اضطرابات النطق، إذ يلعب الجو كأسلوب تعامل الوالدين مع الطفل من قسوة أو رفض أو إهمال أو حماية زائدة أو تدليل وغيرها من الأساليب دورًا في التسبب في اضطرابات النطق لدى الأبناء هذا إلى جانب التفرقة في المعاملة بين الأبناء وكذلك الغيرة التي يخلقها قدوم الطفل الجديد للأسرة. مما يشعر الطفل بالإحباط والنقص ، فبإمكان الطفل مثلاً أن يخفف من حدة غيرته من أخيه الصغير عن طريق اضطرابه الذي يصبح مركز اهتمام الأسرة ومن الطبيعي أن مثل هذا السلوك فيه خطورة على الطفل إذ قد يعتاد على هذا الأسلوب ويصبح طريقته في الكلام بشكل مستمر وشبه ثابت. كما يجب أن لا ننسى دور التقليد كأحد العوامل المسببة لاضطرابات النطق، فلو كانت الأم صماء وكان الأب يعاني من اضطرابات النطق أو كانت الأم مصابة بفرط إفراز الغدة الدرقية فتكون عصبية جداً. غير مستقرة لدرجة أنها تصرخ عندما يصدر الأطفال أي ضوضاء أو يخطئون في نطق كلمة ما فكل هذه النماذج يمكن أن يقلدها الطفل، وهكذا نجد أن الأطفال يقلدون من حولهم عند تعلمهم لأصوات الكلام (سهير شاش، ٢٠٠٧).

وكثيرا ما يحدث التقليد الخاطئ نتيجة للمناغاة ومحاكاة نطق الطفل في سنوات عمره الأولى مما يرسخ في ذهن الطفل أن ما يسمعه من الكبار هو النطق الصحيح للصوت اللغوي، فمثلا يلفظ الطفل كلمة "لأجل" أو "دبنة" بدلا من النطق الصحيح "راجل " أو "جبنة" وعندما يردد أحد أفراد الأسرة على مسامع الطفل ذلك النطق الخاطئ يؤكد للطفل أن لفظه صحيح فيستمر الطفل في إبدال نطق صوت /ر/ إلى /ل/ وصوت /ج/ إلى /د/ لوقت طويل (إيهاب ببلاوي،٢٠٠٦). هذا ويمكن يذكر الأسباب النفسية التالية لاضطرابات النطق:

- الشعور بالنقص.
- فقدان الحنان من أحد الأبوين.
- المخاوف من الأب أو المدرس فينتج عن خوفه من الخطأ التلعثم.

- الصدمات الانفعالية كموت قريب مثلاً.
- التدليل الزائد والاستجابة لرغباته دون أن يتكلم فيكفي أن يشير أو أن يعبر بحركة ما أو نصف كلمة أو كلمة مبتورة.
- قلق الآباء ودفعهم دفعاً ليتكلم منذ طفولته وسنيه الأولى.
- إجبار طفل أشول على الكتابة باليد اليمنى بعد أن تعود على ذلك فيصاحب ذلك لجلجة في الكلام واضطراب نفسي.
- التأخر الدراسي والإخفاق في التحصيل.
- الانطوائية والكسل.
- عدم التوافق بين الأبوين والشجار الدائم بينهما.

٨. أسباب أخرى: ومنها:

- التحدث مع الطفل في موضوع لا يفهمه فلا يجد ما يعبر به فتكون اللجلجة وسيلة كلما ضاع منه اللفظ المناسب.
- عدم تصويب أخطاء الطفل اللفظية بل تشجيعه عليها أحياناً من باب أنه طفل لا يهم أن يخطئ أو يصيب فيقول: مرضان بدلاً من رمضان فلا يجد من يصوب له، ويقول أنا آكل بدلاً من أنا أكل ولا يجد من يصوب له.
- تقليد من يعانون من عيوب في النطق فينشأ معهم.
- تعليمه لغة أخرى غير العربية قبل سن السادسة (مرحلة الروضة) فينشأ عنه تداخل اللغات فيفكر بلغة ويتحدث بأخرى ولا يستقيم لسانه عندما ينطق بلغته ولا يشعر بالتجارب من الآخرين عندما يحدث باللغة الأجنبية فينشأ غير متمكن من لغته فينتج عن ذلك أن ١ ٪ من أطفال المدارس يعانون من اللجلجة ومعظمهم ممن تعلم لغة أجنبية في سن الروضة قبل دخول المدرسة وقبل تمكنه من لغته (نائل أخرس، ٢٠٠٩).

مظاهر اضطرابات النطق:

تشمل اضطرابات النطق المظاهر التالية:

أ- الحذف Omition:

هي عبارة عن حذف صوت أو حرف من الكلمة مثل (كب بدلاً من كلب)،وقد تعتبر عملية الحذف مقبولة قبل سن السادسة إلا أنها تشكل مشكلة بعد ذلك، وفيه يقوم الطفل بحذف صوت أو أكثر من الكلمة ، وعادة ما يقع الحذف في الصوت الأخير من الكلمة ، مما يتسبب في عدم فهمها ، إلا إذا استخدمت في جملة مفيدة ، أو في محتوى لغوي معروف لدى السامع ، وقد لا يقتصر الحذف على صوت ، إنما قد يمتد لحذف مقطع من الكلمة فيقول الطفل "مام" بدلاً من:حمام" ، ويقول "مك" بدلاً من "سمكة"، وقد يتم الحذف عند توالى صوتين ساكنين في أي موقع من الكلمة دون أن تكون هناك قاعدة حذف ثابتة ومحددة ، أي أن الطفل قد يحذف الصوت الساكن الأول ، فيقول "مَرّسة" ، أو "مدسة" بدلاً من "مدرسة"، وتسبب عملية الحذف صعوبة في فهم كلام الطفل ، ومعرفة الحاجة ، أو الفكرة التي يريد التعبير عنها ، مما يؤثر على الطفل ، ويؤدي إلى ارتباكه وشعوره بعدم القدرة على توصيل أفكاره للآخرين.

وفي هذا النوع من عيوب النطق يحذف الطفل صوتاً ما من الأصوات التي تتضمنها الكلمة، ومن ثم ينطق جزءاً من الكلمة فقط، قد يشمل الحذف أصواتاً متعددة وبشكل ثابت يصبح كلام الطفل في هذه الحالة غير مفهوم على الإطلاق حتى بالنسبة للأشخاص الذين يألفون الاستماع إليه كالوالدين وغيرهم، تميل عيوب الحذف لأن تحدث لدى الأطفال الصغار بشكل أكثر شيوعاً مما هو ملاحظ بين الأطفال الأكبر سناً كذلك تميل هذه العيوب إلى الظهور في نطق الحروف الساكنة التي تقع في نهاية الكلمة أكثر مما تظهر في الحروف الساكنة في بداية الكلمة أو في وسطها.

ويتصف الأطفال الذين يعانون من الحذف بما يلي:

١) أن كلامهم يتميز بعدم النضج أو الكلام الطفلي Childish ، وتشير نتائج الدراسات إلى أن الحذف يعد من اضطرابات النطق الحادة ، سواء بالنسبة لفهم الكلام أو التشخيص ، وكلما زاد الحذف في كلام الطفل صعب فهمه.

٢) غالبًا يقل الحذف في كلام الطفل مع تقدمه في السن، ومع ذلك فقد يظهر لدى الكبار ممن يعانون من خلل في أجهزة النطق، أو اضطرابات في الجهاز العصبي ، وكذلك الأطفال الذين يعانون من التوتر الشديد، وأولئك الذين يتحدثون بسرعة كبيرة.

٣) غالبا يميل الأطفال إلى حذف بعض أصوات الحروف بمعدل أكبر من الحروف الأخرى ، فضلاً عن أن الحذف يحدث غالبًا في مواضع معينة من الكلمات، فقد يحذف الأطفال أصوات / ج / ، / ش / ، / ف / ، / ر / ، إذا أتت في أول الكلمة أو في آخرها ، بينما ينطقها إذا أتت في وسط الكلمة.

ب- الإبدال Substitution:

يعد اضطراب الإبدال من أكثر اضطرابات النطق شيوعاً بين الأطفال، وخاصة حتى سن السادسة ، وأحياناً السابعة من العمر، هي عملية استبدال حرف بآخر، من مثل: (حشن بدلاً من حسن، قلب بدلاً من كلب، ساي بدلاً من شاي)، كما يحدث فيه استبدال الطفل نطق صوت بصوت آخر ، كأن يستبدل الطفل نطق صوت /ر/ بصوت /ل/ ، فيقول مثلاً "شجلة" بدلاً من "شجرة" ، و" ملكب " بدلا من " مركب ".. ويقع الإبدال مع أصوات أخرى مثل إبدال / ج / بصوت / د / فيقول الطفل: " دردل " بدلاً من " جردل " ، و" دابر " بدلا من " جابر " ، ويستبدل أيضاً صوت / ك / بصوت / ت / ، فيقول " تراسة " بدلاً من " كراسة" ، و" ستينة " بدلاً من "سكينة ، وهذا النوع من اضطراب النطق يؤدي إلى خفض قدرة الآخرين على فهم كلام الطفل عندما يحدث بشكل متكرر.

ولا يتسم الإبدال بالثبات ، حيث يبدل الطفل صوتاً بصوت معين في كل مواضع الكلمة ، بل إننا قد نجد الطفل مثلاً عند نطق صوت / س / في أول الكلمة قد يستبدله إلى صوت / ث / ، فيقول "ثيارة" بدلاً من "سيارة" ، وعند نطق صوت / س / في وسط الكلمة يستبدله بصوت / ش / فيقول "شمشية" بدلاً من "شمسية" ، بينما إذا أراد نطق صوت / س / في أخر الكلمة فقد يستبدله بصوت / ت / فيقول " موت " بدلاً من " موس " وهكذا ، وغالباً ما يحدث الإبدال نتيجة تحرك نقطة

المخرج إلى الأمام ، ويسمى "إبدال أمامي" ، أو إلى الخلف ويسمى "إبدال خلفي" ، فعندما ينطق الطفل صوت / د / بدلاً من صوت / ج / فيقول مثلاً "دوافة" بدلاً من "جوافة" ، فهذا يعنى أن لسان الطفل قد تحرك إلى الأمام ، فصوت / ج / ينطق من وسط اللسان ، أما صوت / د / فينطق من حرفه ، وفي هذه الحالة يطلق على ذلك إبدال أمامي. أما إذا كان الطفل ينطق صوت / ء / بدلاً من صوت / ق / ، فيقول الطفل " ئمر" بدلاً من " قمر " فهذا يعنى أن مخرج الصوت تحرك من أقصى اللسان إلى أقصى الحلق ، وهذا ما يعرف بالإبدال الخلفي.

جـ- التحريف أو التشويه Distortion:

تنتشر عيوب تحريف النطق بين الأطفال الأكبر سنا وبين الراشدين أكثر مما تنتشر بين صغار الأطفال، وهي عملية نطق الكلمة بشكل محرف مما يؤدي إلى تغيير معناها مثلاً (طيارة بدلاً من سيارة)، وفي التحريف ينطق الطفل الصوت بشكل يقربه من الصوت الأصلي، غير أنه لا يشبهه تماماً، أي ينطق الطفل جميع الأصوات التي ينطقها الأشخاص العاديون، ولكن بصورة غير سليمة المخارج عند مقارنتها باللفظ السليم، حيث يبعد الصوت عن مكان النطق الصحيح، ويستخدم طريقة غير سليمة في عملية إخراج التيار الهوائي لإنتاج ذلك الصوت، وتوجد أخطاء التحريف عندما يصدر الصوت بطريقة خاطئة، إلا أن الصوت الجديد يظل قريباً من الصوت المرغوب فيه، ولا يمكن تمييز الأصوات المحرفة أو مطابقتها مع الأصوات المحددة المعروفة في اللغة، لذلك لا تصنف من جانب معظم الاكلينيكيين على أنها عيوب إبدالية؛ فعلى سبيل المثال قد يصدر الصوت بشكل هافت نظراً لأن الهواء يأتي من المكان غير صحيح أو لأن اللسان لا يكون في الوضع الصحيح أثناء النطق.

ويستخدم البعض مصطلح ثأثأة (لثغة)Lisping للإشارة إلى هذا النوع من اضطرابات النطق، وقد يحدث ذلك نتيجة تساقط الأسنان، أو عدم وضع اللسان في موضعه الصحيح أثناء النطق، أو الانحراف وضع الأسنان أو تساقط الأسنان على جانبي الفك السفلي، مما يجعل الهواء يذهب إلى جانبي الفك وبالتالي يتعذر على الطفل نطق أصوات مثل س، ز.

ومن نماذج التحريف في كلام الطفل كثير – تيل، صحة – إحة، خلاص – هلاس، ولتوضيح هذا الاضطراب يمكن وضع اللسان خلف الأسنان الأمامية إلى أعلى دون أن يلمسها ، ثم محاولة نطق بعض الكلمات التي تتضمن أصوات /س/ ، / ز/ ، مثل: ساهر ، زاهر ، زايد ، سهران ، سامى.

ويحدث التحريف نتيجة لعدة أسباب منها ما يلي:

(١) تأخر الكلام عند الطفل حتى سن الرابعة.

(٢) وجود كمية من اللعاب الزائد عن الكمية الطبيعية.

(٣) ازدواجية اللغة لدى الصغار أو بسبب طغيان لهجة على أخرى.

(٤) تشوه الأسنان سواء بتساقط الأسنان الأمامية أو على جانبي الفك السفلى.

(٥) قد ينتج عن مشكلة كلامية ، كالسرعة مثلا.

د- الإضافة Addition:

ويتمثل ذلك بإضافة حرف أو أكثر إلى الكلمة أو إضافة صوتاً زائداً إلى الكلمة، وقد يسمع الصوت الواحد وكأنه يتكرر. مثل سصباح الخير، سسلام عليكم مثل (سيارات بدلاً من سيارة، كتبات بدلاً من كتب، ساعات بدلاً من ساعة، سسمكة ، ممروحة، أو تكرار مقطع من كلمة أو أكثر: واوا ، دادا، ويعتبر هذا العيب أقل عيوب النطق انتشارًا (سهير أمين، ٢٠٠٥).

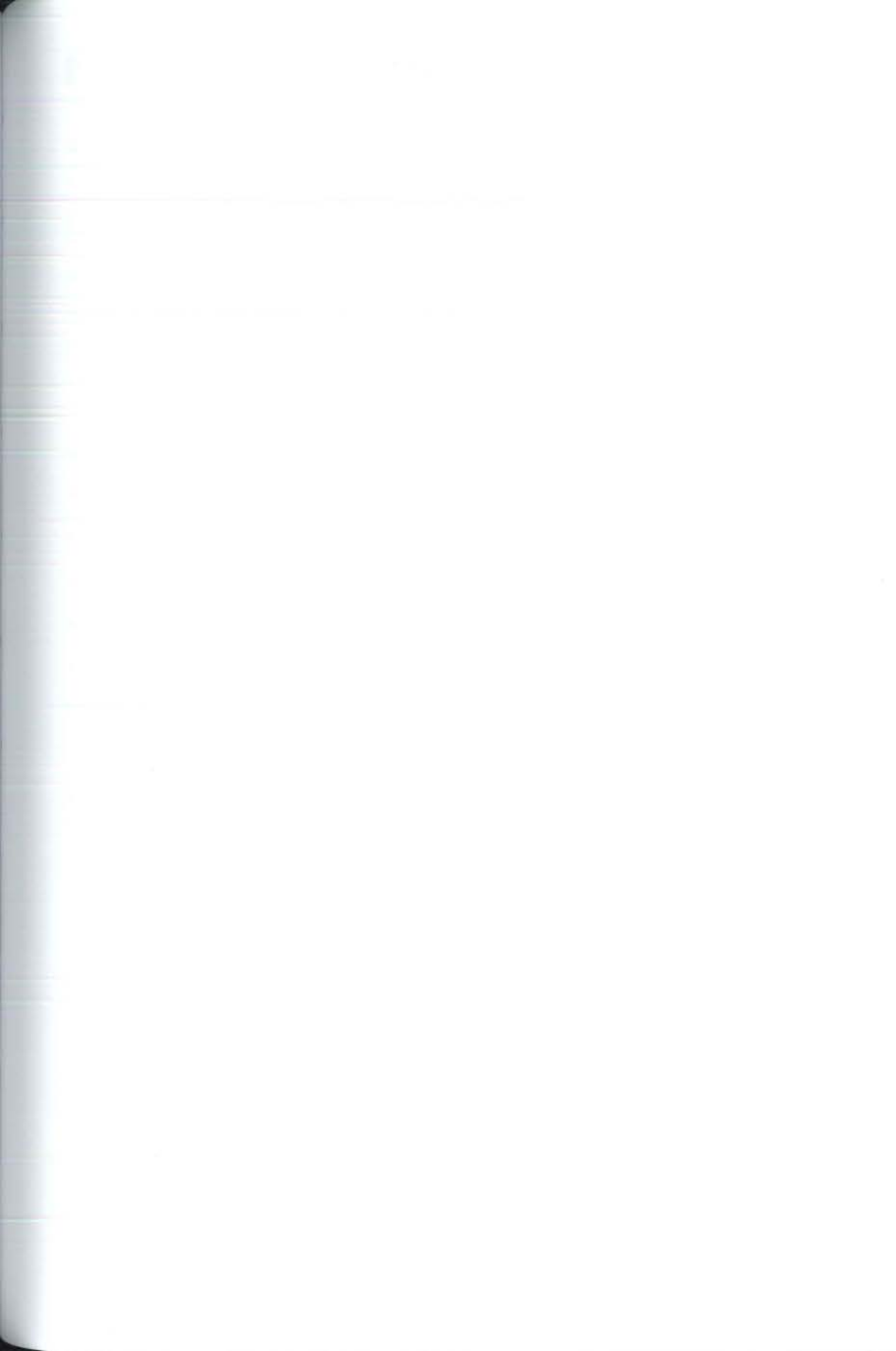
علاج عيوب النطق:

الاقتراحات التالية قد تسهم في علاج اضطرابات النطق:

- عرض الطفل على طبيب متخصص لعلاجه إن كان السبب عضوياً.
- تحفيظ الطفل القرآن الكريم على الأقل السور القصار منه كي يستقيم لسانه.
- الاهتمام بتغذية الطفل.
- التوسط بين القسوة الزائدة والتدليل الزائد.
- الانتظار حتى ينطق الطفل بما يريد ويعبر عنه بما شاء ولا ننطق له الكلمات فيتعود على عدم النطق السليم.
- عدم السخرية والضحك على كلمة غريبة ينطقها الطفل لئلا يصاب بإحباط وخوف من أن يخطئ فيكون منه بعد ذلك ألا ينطق بشيء أمام أحد.

- ينبغي عدم التحدث مع الطفل في موضوع لا يفهمه ولا يستطيع التعبير عنه كالحرية والديمقراطية والإنسانية وتفصيل الأحكام الشرعية وغير ذلك.
- إشعار الطفل بالطمأنينة والأمن خصوصاً مع ولادة طفل آخر في الأسرة ومع نشوب نزاعات وخلافات بين الأبوين ينبغي ألا يعرف الطفل عنها شيئاً.
- إكساب الطفل ثقة في نفسه خاصة إن كان يعاني من مرض مزمن أو عاهة جسمية أو عيب خلقي أو ضعف عقلي أو تأخر دراسي.
- عدم دفع الطفل للنطق دفعاً منذ الشهور الأولى لولادته مع مراعاة عدم القلق إزاء ذلك. مشاركة الطفل لأقران في مثل سنه يخرجه من الانطوائية ويساعده على اكتساب مهارات النطق السليم مع عدم الخجل.
- تصويب أخطاء الطفل اللغوية باستمرار وعدم تأجيل ذلك ولكن مع مراعاة الرفق واللين وإكساب الطفل الطمأنينة وعدم إشعاره بأنه أخطأ فيقول: عمو مرضان فنقول له: لا يا حبيبي اسمه عمو رمضان. ولا يطلب منه تكرارها كثيراً حتى يطمئن لنطقها بعد ذلك ولا يمتنع عن نطقها خشية الخطأ فيها.
- عدم تعليم الطفل لغة أجنبية غير لغته قبل سن السادسة.
- إبعاد الطفل قدر الإمكان عمن يعانون من عيوب في النطق وإن كانوا قريبين منه فلنضع في أذهاننا ألا يكتسب الطفل هذه الصفة منهم بالتصويب الدائم له سواء لخطئهم أو لخطئه هو.
- إمداد الطفل بشرائط الكاسيت التي بها أناشيد وأشعار باللغة الفصحى.
- إمداد الطفل بالقصص ومجلات الطفل ويطلب منه التعبير عما قرأه وتصوب الأخطاء بطريق غير مباشر ويشجع بجائزة كلما فعل ذلك أصاب أو أخطأ حتى يكتسب ثقة في نفسه.
- ينبغي الاستماع إلى الطفل باهتمام وإعطاؤه العناية الكافية حتى يعبر عن نفسه بمنطقه هو لا بمنطق الكبار، لأن هذا الأمر سيجعل الطفل موضوعاً في إطار ليس إطاره تماماً كما لو وضعنا في قدميه حذاء للكبار فلنتصور كيف تكون حركته فيه!.

- تحمل الطفل والصبر عليه عندما يجد المشقة في التعبير عن نفسه فيكرر الكلام وهذا أمر طبيعي في هذه السن فالأطفال فيما بين الثانية والخامسة يكررون تقريباً كلمة من كل أربع كلمات وقد يكرر جملة كاملة أو أجزاء منها.
- ما دام الكلام لازماً لتكيف الطفل مع نفسه ورضاه عنها فيجب أن يترك الطفل ليعبر عما يجيش في نفسه ويجب استثارته وتوفير اللعب والأدوات التي تجعل مثاراً للحديث عنها أو معها ولا ينبغي مع ذلك أن نسم الطفل بالجنون عندما يتكلم مع نفسه أو ننهره فإن هذا أمر طبيعي في هذه السن بل يجب تشجيعه أو على الأقل تركه وشأنه.
- التوصية الدائمة من الآباء للمدرسين بالمدرسة لخلق الجو الصالح للطفل في المدرسة، بحيث لا يشعر بالحرج سواء في الفصل عن طريق أسئلة المدرس وتسميع الدروس أو عن طريق اعتداء وسخرية زملائه.
- تدريب الطفل على الاسترخاء والتحدث ببطء.
- عدم السخرية منه إذا كان يعاني من عيوب في النطق أو يخاف يتبول لا إرادياً أو يحصل على درجات ضعيفة في المدرسة أو الروضة خاصة ما يكون بسبب الغيرة من إخوته أو أحد أقاربه.
- عدم التعجل في سلامة مخارج الحروف والمقاطع في نطق الطفل فإن العلاج يحتاج إلى مجهود كبير ووقت طويل مع الصبر الجميل(محمد سعيد مرسي، ٢٠١١).



الفصل الثامن

اضطرابات الصوت

تمهيد

تعريف اضطرابات الصوت

خصائص الصوت والاضطرابات المرتبطة بها

تصنيف اضطرابات الصوت

العوامل المسببة لاضطرابات الصوت



الفصل الثامن

اضطرابات الصوت

تمهيد

تعتبر اضطرابات الصوت Voice disorders أقل شيوعيًا من عيوب النطق، ورغم ذلك فإن اضطرابات الصوت تظل تلقى الاهتمام نظرًا لما يترتب عليها من مشكلات في التوافق نتيجة لما يشعر به أصحابها من خجل من ناحية أخرى.

تعريف اضطرابات الصوت Voice Disorders:

يتمثل اضطراب الصوت في اختلاف طبقة الصوت ودرجته مقارنة بالأفراد العاديين، إذ قد يرفع الفرد صوته أكثر من اللازم أو قد يخفض صوته أكثر من اللازم ويشكل هذا النوع من الاضطراب اللغوي مشكلات للفرد في الاتصال والتواصل مع الآخرين (نبيلة أبو زيد ٢٠١١)، وتتأثر الخصائص الصوتية للفرد بعدد من العوامل من بينها جنس الفرد، وعمره الزمني، وتكوينه الجسمي وحالته المزاجية.

خصائص الصوت والاضطرابات المرتبطة بها:

قبل التعرف على اضطرابات الصوت لا بد من التعرف على مجموعة من خصائص الصوت التي تميزه، ومنها:

١. طبقة الصوت: Pitch

تشير طبقة الصوت إلى مدى ارتفاع صوت الفرد أو انخفاضه بالنسبة للسلم الموسيقي فقد يكون الصوت شديد الارتفاع أو بالغ الانخفاض كما لو كان الصوت صادرا من قاع بئر عميق، وقد ينتج عنها أيضاً أضرار في الميكانزم الصوتي الذي لا يستخدم في هذه الحالة استخداماً مناسباً، وتضم حالات اضطراب طبقة الصوت أيضاً الفواصل في الطبقة الصوتية Pitch breaks (التي تتمثل في التغيرات السريعة غير المضبوطة في طبقة الصوت أثناء الكلام)، والصوت المرتعش (الاهتزازي) Shaky Voice والصوت الرتيب monotone voice (أي الصوت الذي يسير على وتيرة واحدة في جميع أشكال الكلام).

٢. شدة الصوت intensity :

تشير الشدة إلى الارتفاع الشديد والنعومة في الصوت أثناء الحديث العادي، فالأصوات التي تتميز بالارتفاع الشديد أو النعومة البالغة تعكس عادات شاذة في الكلام أو قد تعكس ما وراءها من ظروف جسمية كفقدان السمع أو بعض الإصابات النيرولوجية والعضلية في الحنجرة.

٣. نوعية الصوت Quality :

تتعلق نوعية الصوت بتلك الخصائص الصوتية التي لا تدخل تحت طبقة الصوت أو شدة الصوت، وهي تلك الخصائص التي تعطي لصوت كل فرد طابعه المميز الخاص، وتعتبر الانحرافات في نوعية الصوت ورنينه أكثر أنواع اضطرابات الصوت شيوعاً، ويمكن تمييز أهم اضطرابات الصوت في الصوت الهامس breathiness والصوت الخشن الغليظ harshness، وبحة الصوت hoarseness.

٤- رنين الصوت Resonance :

يشير الرنين إلى تعديل الصوت في التجويف الفمي والتجويف الأنفي أعلى الحنجرة، ترتبط اضطرابات رنين الصوت عادة بدرجة انفتاح المرات الأنفية، عادة لا تتضمن اللغة سوى أصواتاً أنفية قليلة. في المواقف العادية ينفصل التجويف الأنفي عن جهاز الكلام بفضل سقف الحلق الرخو أثناء إخراج الأصوات الأخرى غير الأنفية، فإذا لم يكن التجويف الأنفي مغلقاً، فإن صوت الفرد يتميز بطبيعة أنفية (أي كما لو كان الشخص يتحدث من الأنف)، وتعتبر الخمخمة (الخنف) والخمخمة المفرطة خصائص شائعة بين الأطفال المصابين بشق في سقف الحلق Cleft Palate. تحدث الحالة العكسية عندما يظل تجويف الأنف مغلقاً في الوقت الذي كان يجب أن يكون فيه هذا التجويف مفتوحاً لإخراج الحروف الأنفية (نبيلة أبو زيد ٢٠١١).

أشكال اضطرابات الصوت:

هناك العديد من أشكال اضطرابات الصوت، ومنها:

(١) الصوت المكتوم: يحدث هذا الصوت نتيجة وجود آفة فيما بين قاعدة اللسان واللهاة، أو نتيجة إصابة اللهاة بالورم، ويسمع الصوت عندما يتجه اللسان نحو البلعوم أثناء الكلام.

(٢) الصوت الطفلي: يشبه هذا الصوت في طبقته الصوتية طبقة صوت الأطفال الصغار، وهو صوت رفيع وحاد، وبحيث يشعر السامع بأن هذا الصوت شاذاً لا يتناسب مع عمر وجنس ومرحلة نمو الفرد المتكلم، وقد يعود سبب ذلك إلى عوامل وراثية وولادية، أو إلى إصابات تصيب الأطفال في صغرهم مثل النزلات الصدرية، والتهابات الحنجرة والأوتار الصوتية، وقد يكون سبب هذه الظاهرة وظيفي يرجع إلى بعض العوامل النفسية العميقة لدى الفرد والتي ترجع إلى طفولته، وتجعله يسلك في أصواته وهو راشد سلوك الصغار في أصواتهم.

(٣) الصوت الرتيب: هو ذلك الصوت الذي يخرج على وتيرة واحدة وإيقاع واحد، دون القدرة على التغير في الارتفاع، والشدة، أو النغمة و اللحن، مما يفقد هذا الصوت القدرة على التعبير و التواصل الفعال مع الآخرين، ومثل هذه الحالات يمكن أن تحدث نتيجة الإصابة بحالة من الشلل تصيب المراكز المخية، وخاصة منطقة الجسم المخطط من الدماغ، مما يؤدي إلى تصلب الأوتار الصوتية وجعل الصوت إما أجشاً خشناً، أو رتيباً.

(٤) كلام الفم المغلق: Closed mouth speech وهو أحد أنواع انحراف الرنين، ويبدو كلام الشخص منخفضاً وغير واضح. ويشير هذا النوع من الكلام إلى توتر شديد في الحنجرة نتيجة الصوت الأجش. إن التحدث بهذه الطريقة يتطلب جهد كبير لإنتاج كلام يفهم بسهولة، ولا يظهر هذا عندما يكون التحدث سريع أثناء الكلام اليومي.

(٥) اختفاء الصوت:ويحدث هذا إما بسبب شلل الأوتار الصوتية، أو نتيجة إصابة الحنجرة، وخاصة عندما يصاحبها حالة غضب وانفعال حاد، فنجد المريض يحاول الكلام ولكنه لا يستطيع. مما يجعله يستعين بالحركات الإيمائية، وهو في هذه الحالة أقرب ما يكون لحالة البكم، وبعض هذه الحالات ترجع إلى عوامل نفسية كما في فقدان القدرة على الكلام الهستيري.

(٦) الصوت المرتعش أو المهتز: يتسم هذا الاضطراب الصوتي بظهور الصوت بشكل غير متناسق من حيث الارتفاع أو الانخفاض أو الطبقة الصوتية، ويظهر هذا

الاضطراب لدى الفرد نتيجة إصابته بالتهابات دماغية تجعل الفرد عاجزًا عن التوافق بين حركات أعصابه، وذلك حسب الاحتياجات الوظيفية اللازمة، وفي مثل هذه الحالات تكون عملية التنفس هي المسيطرة على الكلام وليست هي المساعدة في إخراج الكلام كما في الحالات الطبيعية، لذلك لا يكون الصوت واضحًا.

(٧) بحة الصوت: يتسم الصوت المبحوح بأنه خليط ما بين صوت الهمس وصوت الخشونة معاً، وغالباً ما يكون ذلك نتيجة الاستخدام السيئ للصوت (الصياح الشديد أو الغناء بصوت مرتفع لوقت طويل)، وحالات التهاب الحنجرة، ونزلات البرد، والتهاب اللوزتين، والإجهاد الكلامي، أو قد يكون عَرضاً من الأعراض المرضية للحنجرة، وأثناء هذا الاضطراب يصدر الصوت من ثنيات الأوتار الصوتية الصغيرة، ويكون التنفس في مثل هذه الحالات صعباً، والصوت غير واضح.

(٨) الصوت الخشن أو الغليظ: مثل هذا الصوت غالباً ما يكون فجائياً ومصحوباً بالتوتر الزائد والإجهاد، فالأفراد ذوى المزاج العدواني غالباً ما يجهدون الأوتار الصوتية أثناء صراخهم، وحديثهم، وتظهر أعراض الصوت الخشن لدى الراشدين، ولدى البائعين، والمعلمين، ولدى الذين يعملون في وظائف تتطلب منهم الكلام بصوت مرتفع ولفترة طويلة مما يؤدي إلى إجهاد الأوتار الصوتية وإصابتها بعقد الأوتار الصوتية.

(٩) الصوت الهامس: هو ذلك الصوت الخافت الذي يكون مصحوباً في بعض الأحيان بتوقف كامل للصوت، ويتسم بالضعف و التدفق المفرط للهواء، حيث يحاول المريض أن يتكلم أثناء الشهيق مما يؤدي إلى نقص حجم الكلام بسبب تحديد حركات العضلات التنفسية، فلا يستطيع المريض الصراخ، مما يجعل صوته هامساً، ويصاحب عملية الهمس شلل الوترين الصوتيين.

(١٠) الخنف: هذا الاضطراب يحدث بسبب إخراج الصوت عن طريق التجويف الأنفي، وعدم انغلاق هذا التجويف أثناء النطق بالأصوات التي يطلق عليها الأصوات الأنفية، ويجد المصاب صعوبة في إخراج جميع الأصوات المتحركة والساكنة، حيث يتم إخراج هذه الأصوات بطريقة مشوهة غير مألوفة، فتظهر الأصوات

المتحركة وكأنها غناء أو لحن يخرج عن طريق الأنف، والأصوات الساكنة تظهر وكأنها شخير، مع حدوث إبدال وتشويه وحذف لبعض الأصوات، ويرجع السبب في ذلك في معظم الحالات إلى وجود شق في سقف الحنك الصلب والمرن، أو الاثنين معاً (إيهاب الببلاوي، ٢٠٠٦).

تصنيف اضطرابات الصوت:

ويصنف البعض اضطرابات الصوت إلى ثمان أصناف هي:

١. عقيدات الحبل الصوتي: Vocal fold nodule

هي تضخمات في أنسجة الطيات الصوتية (الحبال الصوتية)، تظهر هذه التضخمات في المناطق السميكة من الحبال الصوتية كالمنطقة الأمامية أو المنطقة الواقعة بين المفترق الثاني والثالث، غالبا ما يصاب بها الإناث البالغين، والأطفال، وتعيق هذه التضخمات عمل الأحبال الصوتية بشكل طبيعي مما يؤدي إلى ظهور بحة في الصوت، وألم شديد تستمر أكثر من أسبوعين، مع صعوبة الكلام، وانخفاض مدى الصوت، ويكون سببها سوء استخدام الأحبال الصوتية وإجهادها وذلك برفع الصوت أو السعال، ويشمل علاج العقيدات عادة التأهيل الصوتي والتدريب الصوتي، وفي حالات نادرة يلجأ الطبيب لإجراء عملية جراحية بسيطة وآمنة نسبيا للمريض تحت تخدير كامل مستخدما مقص طويل ورقيق لإزالة العقيدات أو ليزر ثاني أكسيد الكربون (Clark, et al, 2008).

٢. التهاب الحبل الصوتية: Chorditis

التهاب الحُبل الصوتية هو التهاب الأحبال الصوتية (الطيات الصوتية) عادة كنتيجة لإساءة استعمال الصوت، ولكن في بعض الأحيان بسبب السرطان. وتشكل عقيدات صغيرة بيضاء على واحد أو على كلا الحبلين الصوتين وفي الغالب على الثلث الأمامي عند اتصال الحبلين في الأشخاص الذين يستعملون أصواتهم بشكل مفرط كالمغنين. ويسمى هذا النوع بالتهاب الحبال الصوتية الحبيبي.

٣. خلل النطق التشنجي: Spasmodic dysphonia (أو اختلالات الحنجرة)

هي عبارة عن اضطراب أو خلل صوتي يتميز بوجود حركات لا إرادية لعضلة واحدة أو أكثر من عضلات الحنجرة (الثنايا الصوتية أو صندوق الصوت) أثناء الكلام

أنواع خلل النطق التشنجي:

تتمثل أنواعه الثلاث في: خلل النطق التشنجي المقرب، خلل النطق التشنجي المبعد وخلل النطق التشنجي المختلط.

أ. خلل النطق التشنجي المقرب:

في هذا النوع، تتسبب حركات أو تشنجات العضلات اللا إرادية المفاجئة في العمل الجماعي أو القوي للطيات الصوتية (أو الحبال الصوتية). ومثل هذه التشنجات تجعل من الصعب على الحبال الصوتية أن تهتز لتنتج الصوت. وهذا من شأنه أن يتسبب في تقطع الكلمات وصعوبة إخراجها نتيجة لتلك التشنجات العضلية. ولذلك، يكون الكلام متقطع والصوت شبيه بالتأتأة "التلعثم". وعادة ما يوصف صوت الفرد المصاب بخلل النطق المتقطع المقرب بأنه متوتر أو مخنوق ومليء بالجهد. ومن المدهش، أن هذه التشنجات تتوقف عادة أثناء الضحك أو عند التحدث بنغمة عالية أو أثناء التنفس والغناء، ولكن المطربين يواجهون نقص في المدى الصوتي أو عدم القدرة على إنتاج بعض العلامات الموسيقية ذات المقام أو عند العرض. ولكن كثيراً ما يتسبب الإجهاد أو التوتر في أن تكون التشنجات العضلية أكثر شدة.

ب. خلل النطق التشنجي المبعد:

في هذا النوع، تتسبب الحركات أو التشنجات للعضلات اللا إرادية المفاجئة في فتح الأحبال أو الأوتار الصوتية. تلك الأوتار الصوتية لا يمكنها أن تهتز عندما تكون مفتوحة. ويسمح الوضع المفتوح للحبال الصوتية أيضاً بهروب الهواء من الرئتين أثناء الكلام. نتيجة لذلك، فإن أصوات هؤلاء الأفراد غالباً ما تكون ضعيفة وهادئة ولاهثة أو هامسة. وكما هو الحال في خلل النطق التشنجي المقرب، تغيب التشنجات في كثير من الأحيان خلال بعض الأنشطة مثل الضحك والغناء ولكن

المطربين قد يواجهون نقص في المدى الصوتي أو عدم القدرة على إنتاج بعض العلامات الموسيقية ذات المقام أو عند العرض.

ج. خلل النطق التشنجي المختلط:

ويتضمن هذا النوع من الخلل العضلات التي تفتح الحبال الصوتية وكذلك العضلات التي تغلقها، وبالتالي يمتلك سمات كلا من خلل النطق التشنجي المقرب والمبعد(إيهاب الببلاوي، ٢٠٠٣).

أسباب اضطراب النطق التشنجي:

السبب الدقيق لخلل النطق التشنجي يعتبر غير معلوم. ووفقاً للمعهد القومي للصمم واضطرابات التواصل الأخرى "أن الأبحاث قد كشفت عن أدلة متزايدة تأكد أن معظم حالات خلل النطق المتقطع هي في الواقع عصبية المنشأ أو لها علاقة بالجهاز العصبي (المخ والأعصاب)". ويعد خلل النطق التشنجي اضطراب عصبي أكثر من كونه اضطراب في الحنجرة، وفي الأشكال الأخرى من الاختلالات، فإن التدخلات في العضو المقصود (أي الحنجرة) لم تقدم علاج نهائي، ولكن تخفف فقط من الأعراض. الأسس الباثوفسيولوجية "علم وظائف الأعضاء المرضي" الكامنة وراء هذا الخلل أصبحت مفهومة بشكل أكبر كنتيجة للاكتشافات في أنواع ونماذج الاضطرابات ذات الأصل الوراثي، ويعتبر هذا النهج هو أكثر السبل الواعدة لإيجاد حل طويل الأمد.

صنف كلاً من المعهد القومي للاضطرابات العصبية والسكتات الدماغية والأكاديمية الأمريكية لعلم الأعصاب خلل النطق التشنجي على أنه خلل أو اضطراب عصبي. ومع ذلك، لأن الصوت يمكن أن يبدو طبيعي أو شبه طبيعي في بعض الأحيان، فإن بعض الأطباء الممارسين يعتقدوا بأن السبب نفسي، والذي ينشأ في عقل الشخص المصاب أكثر من كونه سبب عضوي. ولكن لم تتبع أية منظمة أو مجموعات طبية هذا النهج. وقد وجدت مقارنة أجريت ما بين مرضى خلل النطق المتقطع ومرضى شلل الأحبال الصوتية أن ٤١.٧٪ من مرضى خلل النطق التشنجي يفوا بمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع للمرض

المشترك النفسي مقارنة بنسبة ١٩.٥٪ من مرضى شلل الحبال الصوتية. (Gündel, et al, 2007) ومع ذلك، فإن هناك دراسة أخرى وجدت العكس، حيث وجدت أن مرضى خلل النطق التشنجي يكون لديهم الاعتلال المشترك النفسي أقل بكثير إذا ما قورن بمرضى شلل الحبال الصوتية: "انتشار الكثير من الحالات النفسية تختلف بشكل كبير بين المجموعات، بمستوى منخفض وصل إلى ٧٪ أي (١/١٤) في مرض خلل النطق المتقطع، ونسبة ٢٩.٤٪ أي (٥/١٧) في مرض خلل النطق الفني أو الوظيفي، ويصل لمستوى مرتفع وهو ٦٣.٦٪ أي (٧/١١) في مرض شلل الأحبال الصوتية". وقد أقر استعراض في مجلة الطب السويسرية الأسبوعية أن "الأسباب النفسية" أو "اختلال التوازن النفسي" والتوتر المتزايد لعضلات الحنجرة قد تكون أحد أطراف نطاق العوامل المحتملة التي تؤدي إلى تطور هذا الخلل" (Seifert & Kollbrunner, 2005) بدلاً من ذلك، فإن العديد من المحققين في هذه الحالة يشعرون بأن الاعتلال النفسي المشترك المصاحب للاضطرابات الصوتية هو نتيجة للعزلة الاجتماعية والقلق الذي يعاني منه المرضى بهذه الحالات كنتيجة لصعوبة الكلام، وذلك، بدلاً من كون هذا الاعتلال النفسي سبباً لعدم الفصاحة أو الطلاقة في التحدث. ولم يتم تأييد الرأي الذي مفاده أن خلل النطق المتقطع أساسه نفسي من قبل الخبراء في الأوساط العلمية.

تم تصنيف خلل النطق المتقطع رسمياً على إنه اضطراب حركي، وكأحد الاختلالات التواصلية، كما أنه يعرف أيضاً باسم اختلالات الحنجرة. وتتضمن الأدلة الداعمة لكون خلل النطق التشنجي اضطراباً عصبياً ما يلي (Otolaryngol Head Neck Surg, 2005):

مرض خلل النطق التشنجي قد يحدث مع غيره من الاضطرابات الحركية العصبية مثل تشنج الجفون (وميض أو طرف العين المفرط وإغلاق العين الاضطراري اللا إرادي) والاختلال الحركي المتأخر (التحرك اللا إرادي والمتكرر لعضلات الوجه واللسان والجسم والأيدي والساقين) واختلالات الفك والفم (التحركات اللا إرادية لعضلات الفك، الشفتين واللسان) والصعر أو انتقال العنق (الحركات اللا

إرادية أو التشنجات في عضلات الرقبة) أو الرعاش (حركة العضلات الارتجافية الإيقاعية).ويمتد أو يسري خلل النطق التشنجي في بعض العائلات ويعتقد أنه يتوارث. وقد حددت الأبحاث جين على الكروموسوم رقم تسعة والذي من المحتمل أنه يساهم في إحداث خلل النطق التشنجي والذي يكون شائع في بعض الأسر. ويوضح الفحص النسيجي للعصب الواصل إلى الحبال الصوتية في مرض خلل النطق التشنجي أن نسبة الألياف العصبية الرفيعة غير الطبيعية كانت أعلى مما كانت عليه في الحالات الطبيعية.

لسوء الحظ، غالباً ما يتم التأخر في تشخيص خلل النطق التشنجي بسبب عدم التعرف على أعراضه بالفحص الطبي. معظم المرضى الذين تم تشخيص حالتهم بشكل صحيح يتم تقّييمهم من قبل فريق يضم عادة أخصائي أنف، أذن، حنجرة، أخصائي علم أمراض النطق واللغة وأخصائي أعصاب. يقوم أخصائي الأنف، الأذن والحنجرة بفحص الحبال الصوتية للبحث عن أسباب أخرى محتملة للاضطرابات الصوتية. عمل منظار للحنجرة بالألياف البصرية، وهي عبارة عن طريقة بموجبها يتم إمرار أنبوبة مرنة مضاءة صغيرة من خلال الأنف وإلى داخل الحلق، تعتبر أداة مفيدة حيث تسمح لأخصائي الأنف، الأذن والحنجرة بأن يقيم حركة الحبال الصوتية أثناء الكلام. وقد تشمل الاختبارات التشخيصية الأخرى: الوماضية "أي قياس سرعة الدوران والتردد" والتي تسمح للطبيب بمشاهدة تذبذبات أو اهتزازات الحبال الصوتية بحركة بطيئة. ويقّيم أخصائي علم أمراض النطق واللغة صوت المريض وجودة الصوت. بينما يقّيم أخصائي الأعصاب المريض من حيث تواجد أعراض اضطرابات حركية أخرى.

يعتبر العلاج الأكثر فعالية للحد من أعراض خلل النطق التشنجي هو حقن كميات صغيرة جداً من سم البوتيولينم (الذي يباع تجارياً تحت الأسماء التجارية "بوتكس" و"ديسبورت" و"ميوبلوك") مباشرة إلى داخل العضلات المصابة في الحنجرة. وتعمل تلك السموم على إضعاف العضلات عن طريق منع وصول الاندفاعات أو النبضات العصبية إلى العضلات.

ويحسن الحقن بسم البوتيولينم بشكل عام الصوت لمدة ثلاثة إلى أربعة أشهر وبعدها تعود الأعراض الصوتية في الظهور تدريجياً. ويتطلب هذا العلاج الحقن المستمر للحفاظ على صوت تحدثي جيد. وأدت إحدى العمليات التي قطعت أحد أعصاب الحبال الصوتية (العصب الحنجري الراجع) إلى تحسين الصوت لمدة عدة أشهر إلى عدة سنوات ولكن هذا التحسن غالباً ما يكون مؤقت.

٤. أكياس الثنايا الصوتية: Vocal Fold Cysts

هي مجموعة أكياس تحتوي على سوائل تظهر على أحد جوانب الحبل الصوتي ، تؤدي إلى: تغير نغمة صوت الإنسان في نفس الوقت وهو ما يسمى باضطرابات الصوت، وضعف وبحة في الصوت. ونسبة احتمال ظهور أكياس الثنايا الصوتية في الإناث أكثر من الذكور ويتغير حجم هذه الأكياس أثناء الدورة الشهرية في الإناث.

٥. التهاب الحنجرة: Laryngitis

يسبب تغيير أو فقدان الصوت نتيجة تهييج في ثنايا الصوت (الأحبال صوتية) التهابًا حادًا إذا استمر لمدة أقل من بضعة أيام وغير ذلك يسمى التهاب مزمن ويمكن أن تستمر لمدة تزيد عن الثلاث أسابيع.

أسباب التهاب الحنجرة:

- عدوى فيروسية.
- عدوى بكتيرية.
- عدوى فطرية.
- نتيجة الاستخدام الزائد للأحبال صوتية.
- التدخين.
- شرب المواد الكحولية.
- السعال المستمر (Titze, et al, 2007).

أعراض التهاب الحنجرة:

تختلف أعراض التهاب الحنجرة تبعا لشدة المرض وأيضا تبعاً للسبب. وأكثر الأعراض شيوعا هي أعراض اضطراب الكلام، وتتراوح بين خشونة في الصوت إلى فقدان تام للقدرة على الكلام. وتشمل الأعراض الأخرى ما يلي:

- جفاف الحلق.
- السعال، والتي يمكن أن يكون من الأعراض، أو سبب التهاب الحنجرة.
- صعوبة في البلع.
- الإحساس تورم في منطقة الحنجرة.
- تضخم الغدد اللمفاوية في الحلق والصدر.
- حمى.
- صعوبة في التنفس (ومعظمهم من الأطفال).
- صعوبة في تناول الطعام.

علاج التهاب الحنجرة:

في معظم الحالات، تكون الأعراض المصاحبة لالتهاب الحنجرة مرتبطة ارتباطا مباشرا للعامل المسبب للمرض، مثل العدوى وفي الحالات الناجمة عن الاستخدام المفرط للصوت لا توجد هناك أعراض أخرى غير ضعف الصوت. وعندما يستمر التهاب الحنجرة، أو بحة في الصوت لمدة أكثر من أسبوعين قد يكون مؤشرا على اضطراب الصوت وينبغي متابعتها مع الطبيب الخاص بالصوتيات. وإذا كانت بحة أو فقدان الصوت نتيجة لوجود عقد على الأحبال الصوتية فقد يوصي الأطباء لبرنامج علاجي وقد يشمل عملية جراحية و/ أو علاج النطق.

الوقاية:

للوقاية من التهاب الحنجرة يجب اتباع التعليمات التالية:

- تجنب التدخين بكافة أشكاله.
- عدم تناول الكحول.
- الإكثار من شرب السوائل.
- الابتعاد عن المصابين بالعدوى التنفسية (Carroll, et al, 2006).

٦. البكم:

هم الأشخاص المعاقين صوتياً أي ليس لهم القدرة على الكلام بسبب عوامل طبيعية (من بزوغه إلى الدنيا) أو عوامل بيئية كحادثة أثرت عليهم مما أدى إلى

فقدان الصوت أو عدم القدرة على الكلام لأي سبب كان. البكم بصفة عامة عبارة عن اضطراب لغوي واضح يؤدي إلى مشكل حقيقي في الاتصال والتحاور. وتعرفه منظمة الصحة العالمية " هو الحالة التي تمنع الطفل من تعلم لغته الخاصة والمشاركة في النشاطات العادية التي يتطلبها عمره وتمنعه من متابعة التعليم العادي، والبكم ناتج في كل الأحيان عن ضعف السمع المهمل ".

أسباب البكم:

السبب الأول والرئيسي للبكم هو الصمم حيث أنهما آفتان مترابطتان إذ أن عدم القدرة على السمع تؤدي تلقائيا إلى عدم القدرة على الكلام بحيث أن الحرمان من السمع لا ينتج عنه البكم فقط وإنما يؤثر كذلك على نمو مجموعة القدرات والسلوكات التي لها علاقة بالإكتسابات ويخلق الصمم صعوبات في فهم اللغة وإنتاجها خاصة الصمم العميق الذي يؤدي إلى غياب كامل للغة وبالتالي الكلام اللغوي حيث يصبح الطفل الأصم أبكما بالضرورة لأن عدم البلاغ السمعي والأصوات تجعل وجود البكم حتمية لا مفر منها. أما الأسباب الأخرى فتتمثل في أسباب تمت أثناء الحمل وهي الأمراض التي تصيب الجنين خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل وتكون مرتبطة ارتباطا وثيقا بالأم كتناولها لعقاقير ومهدئات دون الأخذ برأي الأخصائي أو كإصابتها بإحدى الأمراض المعدية كالحصبة الألمانية التي من شأنها أن تنتج لنا إعاقة سمعية وبالتالي البكم، وكذلك من الأسباب لدينا الولادة العسيرة بما فيها كطريقة إخراج المولود أو نقص الأكسجين على مستوى الأنسجة وكذلك عدم تكافؤ الريزوس (حمل الأم لريزوس سلبي). كما قد يرجع البكم إلى أسباب تعفنية تسممات على مستوى المخ والسحايا الدماغية وكذلك قد يكون السبب الوراثي كما قد يرجع إلى المحيط البيئي للطفل (علاقة الطفل بالأم).

أنواع البكم:

هناك نوعان من البكم:

البكم الخلقي:

هي الإعاقة التي يولد بها الطفل والتي تكون نتيجة أحد الأسباب المذكورة، وهم الأطفال الذين يولدون فاقدين للوظيفتين معا السمع والكلام وبالتالي لا يستطيعون تعلم الكلام واللغة إلا من خلال أساليب تعليمية خاصة.

البكم المكتسب:

وهم فئة الأطفال الذين تكونت لديهم مهارة الكلام والقدرة على فهم اللغة ثم ظهرت عندهم بعد ذلك إعاقة سمعية بسبب حادث أدى إلى إصابة الأذن الداخلية أو الأعصاب السمعية وهنا يكون الطفل قد اكتسب نمو لغوي عادي ولكن نتيجة لغياب الإدراك السمعي يتلاشى ما اكتسبه مع الوقت. وتأخذ اللغة عند الطفل الأبكم طريقتين: قراءة الشفاه حيث يستخدم فيها ٣طرق للتدريب: القراءة الأولى يكون التركيز فيها على أجزاء الكلمة ويطلق عليها طريقة الصوتيات، يتعلم الطفل في ضوء هذه الطريقة نطق الحروف الساكنة والمتحركة ثم يتعلم نطق مجموعة من الحروف المتحركة ثم يتعلم نطق هذه الحروف مع بعض الحروف الساكنة... القراءة الثانية لا تمنع التركيز على الكلمة أو الجملة وإنما تهتم بالوحدة الكلية، وقد تكون هذه الوحدة قصة قصيرة مثلا حتى وان كان الطفل لا يفهم منها سوى جزءا صغيرا فقط. القراءة الثالثة تقوم على إبراز الأصوات المرئية أولا ثم بعد ذلك الأصوات المضغمة. أما الطريقة الثانية فهي لغة الإشارة: هنا يستخدم الأبكم أصابع اليدين والذراعين بأوضاع مختلفة الدلالة على كلمات معينة وقد تطورت هذه اللغة حتى أصبحت مقننة ولها قاموس خاص بها ومتعارف عليه دوليا غير أن هناك صعوبات في استخدامها لتعليم الفلسفة والرضيات...لأنها مقررات تحتوي على قدر كبير من التجريد وتستخدم ألفاظا يصعب ترجمتها إلى إشارات. وفي المراكز المتخصصة نجد طريقة استخدام المعينات السمعية كوسيلة لتطوير ولتوسيع قدرة الاتصال عند الطفل الأبكم ولكن هذه الوسيلة تنطبق على فئة قليلة وهم أصحاب ضعاف السمع أو من نجد لديهم عجز سمعي خفيف أو متوسط من٢٠ إلى ٧٠ دسبل ضياع سمعي أين تستعمل السماعة داخل الفصل أثناء الدراسة لالتقاط بعض الأصوات وحفظها خلال الكلام في الأذن مباشرة واستخدام أنابيب خاصة لتكبير الصوت (http://www.liilas.com/vb3/t58815.html).

٧. متلازمة اللكنة الأجنبية:

هي حالة صحية نادرة تتضمن إنتاج الكلام، وعادةً ما تحدث كأثرٍ جانبي لإصابة خطيرة في الدماغ مثل السكتة الدماغية أو إصابةٍ حادةٍ في الدماغ. تم تسجيل حالتين لشخصين مصابين بمتلازمة اللكنة الأجنبية، ولكن تم تشخيص حالة أحدهم بأنها مشكلة نمو، والآخر بأنها مشكلة مرتبطة بصداع الشقيقة الحاد، وبين عامي ١٩٤١ و ٢٠٠٩، تم تسجيل ٦٠ حالة إصابة. وتنتج أعراضها عن العمليات التي تُشوّش تخطيط النطق وتنسيقه. من الواجب توضيح أن المصاب بهذه المتلازمة لا يكتسب لغةً أجنبية فجأةً(مفردات، وتركيب جمل، وقواعد، الخ)، فالذي يحدث هو أنه يتحدث بلغته الأم ولكن بلكنةٍ يظن المستمعون أنها أجنبية أو مثيرةٌ للجدل. كما قد يميل المصابون بمتلازمة اللكنة الأجنبية إلى التحدث بلغات أجنبية حقيقية بلكنتهم. وعلى الرغم من وجود خبر حديث غير مؤكد ذكر أن شخصاً يتحدث الكرواتية استطاع أن يتحدث اللغة الألمانية بطلاقة بعد خروجه من غيبوبة، إلا أنه لا يوجد حالة مُثبتة تطورت فيها مهارات اللغة الأجنبية الخاصة بالمريض بعد جراحة في الدماغ. هناك بعض الحالات التي تم تسجيلها لأطفالٍ وأشقّاء تعلموا اللكنة الجديدة من شخصٍ مصابٍ بمتلازمة اللكنة الأجنبية (Mariën, et al, 2009).

بالنسبة للأذن غير المُدرّبة، يبدو المصابون بهذه المتلازمة وكأنهم يتحدثون لغتهم الأم ولكن بلكنةٍ أجنبية. على سبيل المثال، قد يبدو متحدثٌ أمريكي لغته الأم اللغة الإنجليزية وكأنه يتحدث الإنجليزية بلهجة جنوب شرقية، أو قد يتحدث شخصٌ لغته الأم الإنجليزية البريطانية بلهجة سكان نيويورك الأمريكية. ومع ذلك، وجد الباحثون في جامعة أكسفورد أن هناك أجزاء خاصة مُحددة من الدماغ تضررت في بعض حالات الإصابة بمتلازمة اللكنة الأجنبية، وهذا يشير إلى أن هناك أجزاء معينة من الدماغ تتحكم بوظائف لغوية متعددة وأن الضرر قد يؤدي إلى التغير في الطبقة الصوتية أو النطق الخاطئ للمقاطع مما يسبب تشويش أنماط الكلام بطريقةٍ غير محددة. وفي الآونة الأخيرة، هناك أدلةٌ متزايدة على أن المخيخ الذي يتحكم بوظيفة الحركة قد يكون له علاقة أساسية في بعض حالات متلازمة

اللكنة الأجنبية، وهذا يعزز فكرة أن تغير أنماط الكلام عملية آلية، وبالتالي غير محددة. وبناءً على ذلك، فإن تصوّر اللكنة الأجنبية هو على الأرجح حالة باريدوليا (توهّم) من جانب المستمع (Mariën & Verhoeven, 2007)، فمثلاً، قد ينتج عن تضرر الدماغ صعوبة في نطق الحرف "ر" في نهاية الكلمات، مما يفرض على المتحدث باللهجة الرائية استخدام لهجة غير رائية حتى لو لم يستخدمها أبداً في السابق. في الولايات المتحدة، اللهجة غير الرائية ميزة تتضح بشكلٍ خاص في لهجة سُكّان بوسطن، وبالتالي قد يبدو الشخص للمستمع العادي وكأنه يتحدث بلهجة بوسطن، إلا أن الكثير من الميزات الأخرى للهجة بوسطن قد تكون مفقودة تماماً. و حتى يكون الأمر طبيعياً وانسيابياً، تم الاقتراح بأن يقوم المصاب بالمتلازمة بتقوية الأثر الحاصل في لهجته عن طريق محاكاة بقية مميزات اللكنة، وبحسب أهمية حرف صوتي معين في لكنة الشخص الأصلية، قد يجد الشخص أن التحدث بلهجةٍ مختلفة سهلٌ جداً وأن النطق المستمر بلهجته الاعتيادية صعبٌ جداً بعد أن فقد بعض المهارات الحركية.

وصف بيير ماري، طبيب الأمراض العصبية الفرنسي، أول حالة إصابة بهذه المتلازمة في عام ١٩٠٧، وسجلت دراسة تشيكية حالة أخرى في ١٩١٩.و شملت أشهر حالات الإصابة الأخرى بهذه المتلازمة حالة في النرويج في عام ١٩٤١ بعد أن عانت شابةٌ تُدعى استرد ل. من إصابة في الرأس سببته شظايا قنبلة خلال غارةٍ جوية. وبعد أن بدا أنها تتعافى من الجرح، بقي معها ما بدا وكأنه لكنةٌ ألمانية قوية، ونبذها النرويجيون، وهناك حالة إصابة شهيرة أخرى وهي حالة جودي روبرتز، والمعروفة أيضاً باسم تيفاني نويل، التي وُلدت وعاشت في إنديانا، الولايات المتحدة الأمريكية. في عام ١٩٩٩، عانت روبرت وهي في عمر السابعة والخمسين من سكتةٍ دماغية، وبعد أن تعافت منها أصبحت تتحدث بما يشبه اللكنة البريطانية على الرغم من أنها لم تذهب إلى بريطانيا قط. و في شهر مارس من عام ٢٠٠١، عانى جيري كونر، رجلٌ كان يعيش في اشفيل في كارولينا الشمالية، من سكتةٍ دماغية بينما كان في مقر عمله وبعد أن نُقل إلى المستشفى فقد وعيه، وعندما

استعاد وعيه بدأ يتحدث بلكنةٍ بريطانية صحيحة جداً. كانت هذه الحادثة قبل أن يُعرف الكثير عن متلازمة اللكنة الأجنبية حيث كانت مُدرجة فقط في سجلات الأطباء والمستشفيات. وفي شهر فبراير من عام ٢٠٠٤، حُقنت امرأةً في دالاس، تكساس بصبغة اليود من أجل أشعة مقطعية للصدر، على الرغم من أنها تعاني من حساسية ضد اليود. وكانت نتيجة رد الفعل التحسسي شللاً مدته ٢٤ ساعة لم تستطع خلالها الحديث ومع برأها من الشلل، كانت تتحدث بلكنةٍ تبدو وكأنها روسية. وبالإضافة إلى التغير الحاصل في كلامها، بدأت تتعرض لنوبات صرع. ومع مرور الوقت، أصبحت اللكنة طبيعيةً أكثر إلا أنها تصبح أقوى عندما تتعرض لنوبة صرع ويملك موقع متلازمة اللكنة الأجنبية على الإنترنت في جامعة دالاس مقاطع صوتية لكلامها قبل الحادثة، وبعد أن تأثر بها.

http://www.utdallas.edu/research/FAS/about/samples.html

وفي شهر يناير من عام ٢٠٠٦، عانى رجلٌ أسترالي من سكتةٍ دماغية كنتيجةٍ لسوء استخدام دواء الديبازيبام (دواء مهدئ ومرخٍ للعضلات) بينما كان يقضي إجازته في تايلاند. عندما استعاد وعيه، لاحظ أصدقاؤه أنه يتحدث بمزيج من اللكنتين الأيرلندية والأمريكية، ويبدّل أحياناً بين اللهجتين في منتصف الجملة. وكانت هذه أول مثال مُسجّل لمتلازمة اللكنة الأجنبية المزدوجة. وحدثت حالة إصابة أخرى بمتلازمة اللكنة الأجنبية لِ ليندا واكر، وهي امرأةٌ تبلغ من العمر ٦٠ عاماً، من منطقة نيوكاستل في المملكة المتحدة. فبعد تعرضها هي الأخرى لسكتةٍ دماغية، تغيرت لكنتها الجيوردية الطبيعية ووُصفت أوصافاً متعددة. من هذه الأوصاف أن لكنتها تشبه اللكنة الجامايكية، بالإضافة إلى الكندية الفرنسية، والإيطالية، والسلوفاكية، و أجرت محطة بي بي سي نيوس، لقاءً معها كما ظهرت في برنامج ريتشارد وجودي في المملكة المتحدة في شهر يوليو من عام ٢٠٠٦ لتتحدث عن الكارثة التي تعرضت لها.

في الرابع عشر من شهر يوليو من عام ٢٠٠٧، تحدث صبيٌّ اسمه راجيش في منطقة نائية في الهند باللغة الإنجليزية فجأةً، على الرغم من أنه لم يخرج من موطنه

أبداً. وأُفترض في السجلات أن الصبي هو استنساخٌ لروح عالِمٍ أمريكي. كانت هذه الحالة غير مفهومة ولم تُربط أبداً بمتلازمة اللكنة الأجنبية. وعلى الرغم من ذلك، كانت الأعراض التي تم تسجيلها إشارةً واضحةً جداً. وفي عدد شهر يوليو، ٢٠٠٨ من مجلة ذا كانيديان جورنال أوف نيرولوجيكال ساينسيز، قدّم باحثون من جامعة ماكماستر دراسةً ذكروا فيها أن امرأةً من وندسور، أونتاريو، بدأت تتحدث بلكنةٍ وصفها البعض بأنها لكنة سكّان نيوفاوندلاند وذلك بعد أن عانت من سكتةٍ دماغية.

في ٢٠٠٨، سندي لو رومبيرغ من بورت أنجلوس في واشنطن، التي عانت من إصابة في الدماغ قبل ١٧ عاماً من ذلك التاريخ، أُصيبت بمتلازمة اللكنة الأجنبية بعد تعديل عنقها من مقوّم العظام الخاص بها. وعند زيارتها للمستشفى استبعد الأطباء إصابتها بسكتةٍ دماغية. وبعد ذلك تحدثت بلكنةٍ روسية بل يبدو أنها ترتكب أخطاءً نحوية يرتكبها روسي يتحدث الإنجليزية، كما لو أن اللغة الإنجليزية لم تكن لغتها الأم. ظهرت سندي في برنامج مستري إي آر على قناة دسكوفري هيلث شانيلز في ٢٦ أكتوبر من عام ٢٠٠٨، كما ظهرت في عدد ٣١ أكتوبر لمجلة إنسايد ايديشن التلفزيونية. وفي ٢٠٠٨، أُصيبت جولي فرايزر، امرأة من فورت واين في إنديانا تعاني من شقيقة فالجية شديدة متقطعة، بمتلازمة اللكنة الأجنبية. وبعد عدة أشهر من نوبات الشقيقة الفالجية اليومية والمتعددة، أصبحت لكنتها تبدو بريطانية أو روسية، يعتمد ذلك على مستويات الإجهاد العصبي والإدراك بالنسبة للمستمع. إن حالة فرايزر، حتى يومنا هذا، هي أول حالة أكّدت ارتباط متلازمة اللكنة الأجنبية بحالة الشقيقة.

وفي ٢٠١٠، ذُكرت علناً حالة أخرى مرتبطة بالشقيقة الحادة. ساره كولويل، امرأة من مقاطعة ديفون في المملكة المتحدة تعاني من آلام الشقيقة المتكررة، عانت من صداعٍ حادٍ جداً لدرجة أنها اضطرت لاستدعاء سيارة إسعاف. وعندما استيقظت لاحقاً في المستشفى، بدت لكنتها لكنةً صينية. كما سُجلت حالة أخرى تتضمن الشقيقة في شهر سبتمبر، ٢٠١٠ لامرأة بريطانيةٍ أيضاً. فبعد أن استلقت كاي

راسل، امرأة من مقاطعة غلوسترشير في المملكة المتحدة تبلغ ٤٩ عاماً، على الأرض لفترةٍ من الوقت بسبب صداع الشقيقة، استيقظت ومعها لكنةٌ فرنسية. في ديسمبر، ٢٠١٠ استيقظ رجلٌ أفريقيٌ ومعه لكنةٌ إيطالية، بعد صداعٍ استمر لأسابيع (Morris, 2010). و في الخامس من يونيو لعام ٢٠١١، ذكرت هافنغتون بوست حالة كارين بلتر، وهي امرأة من نيوبورت، أوريغون خرجت من عملية جراحية لفمها بلكنةٍ أيرلندية. وأشارت مصادر أخرى أن لكنتها الجديدة تشبه لكنة أوروبا الشرقية.

٨. متلازمة بوجارت – بكال:

عبارة عن اضطراب صوتي نتيجة سوء استعمال الصوت. والأشخاص الذين يتحدثون أو يغنون بصوت عالي قد يتعرضون إلى تعب في الصوت وقد يؤدي إلى مشكلة في إظهار الصوت dysphonia. الأشخاص الأكثر احتمالا بالإصابة يتحدثون بصوت منخفض وخصوصاً إذا كان لديهم مشاكل في التنفس والتحكم في الصوت. المتلازمة قد تصيب الذكور والإناث. Humphrey Bogart و Lauren both Bacall عانو من هذا الاضطراب الخفيف والذي لاحقا تم تسميه عليهما. هذه المتلازمة تصيب أكثر المذيعين والمغنين، ويتطلب العلاج عادةً العلاج الصوتي عن طريق أخصائي النطق واللغة.

العوامل المسببة لاضطرابات الصوت:

١. العوامل العضوية:

وهي تتعلق بالحنجرة والتي يمكن أن تسبب اضطرابات الصوت، من مثل: القرح، والعدوى، والشلل الذي يصيب الثنيات، والشذوذ الولادي في تكوين الحنجرة. وعلى سبيل المثال فالأشخاص المصابون بشق في سقف الحلق يواجهون عادة صعوبة في الفصل بين الممرات الفمية والممرات الأنفية أثناء الكلام، مما يجعل أصواتهم تغلب عليها الخمخمة الشديدة. كما أن الفقدان الواضح للسمع الذي يؤثر على قدرة الطفل على تغير طبقة الصوت وارتفاعه ونوعيته، يمكن أن يسبب أيضاً اضطرابات في الصوت. ومن بين الأمراض الأخرى التي قد تسبب اضطرابات الصوت

ما يعرف بالشبكة الحنجرية التي تشير إلى وجود غشاء يمتد بين الأوتار الصوتية، وعندما يكون هذا الغشاء سميكًا فإنه يعوق عملية التنفس ويتطلب التدخل الجراحي السريع، إذ قد يؤدي إلى اختناق الوليد ووفاته إذا كان الغشاء ولاديًا، أما عندما يكون الغشاء أقل سمكًا فإنه قد يؤدي إلى احتباس الصوت، ومن بين الأمراض الأخرى التي تقود لاضطرابات الصوت شلل الأوتار الصوتية نتيجة إصابة الأوتار الصوتية بالتهابات الفيروسية، أو بسبب إصابة العصب المحيط بالحنجرة، أو نتيجة سرطان في القصبة الهوائية، أو تضخم في الغدة الدرقية نتيجة الإصابة بسرطان الغدة، أو أورام Tumors الحنجرة والتهاباتها وقد تؤدى هذه الحالة إلى ارتخاء الأوتار الصوتية، وشعور المريض بحرقان واستثارة في الحنجرة، وقد يجد صعوبة في الكلام وربما يفضل الامتناع عنه. كما لا يمكن استثناء الإصابات والحوادث أو الضرب أثناء العراك أو في مباريات الملاكمة، أو دخول جسم غريب إلى الحنجرة، أو انزلاق الأسنان الصناعية إلى الحنجرة، كما قد تؤدي إصابة الفرد بالأنيميا إلى ضعف انقباض العضلات مما يؤدي إلى غلق لسان المزمار بشكل غير كامل، مما ينعكس على صوته فيبدو ضعيفاً (إيهاب الببلاوي، ٢٠٠٦).

٢. العوامل الوظيفية:

يمكن أن تنتج اضطرابات الصوت عن عوامل وظيفية وليست عضوية فمعظم اضطرابات الصوت ترتبط بسوء استخدام الصوت أو الاستخدام الشاذ للصوت؛ إذ يمكن أن يتخذ سوء استخدام الصوت أشكالاً متعددة منها السرعة المفرطة في الكلام، أو الكلام بمستوى غير طبيعي من طبقة الصوت، أو الكلام بصوت مرتفع للغاية، أو الكلام المصحوب بالتوتر الشديد والتي يمكن أن تؤدي إلى الاستخدام الزائد للميكانزم الصوتي. وعندما يعتاد الفرد مثل هذا السلوك، فإن ذلك يسبب ضرراً للحنجرة وقد يؤدي إلى بعض الانحرافات المرضية العضوية. كذلك، قد ترتبط اضطرابات الصوت عند الطفل بالعادات السيئة في التنفس.

٣. العوامل السيكولوجية:

تعتبر الاضطرابات السيكولوجية وعدم التوافق الانفعالي حالات يمكن أن تنعكس أيضاً في شكل اضطرابات في الصوت، على أن اضطرابات الصوت التي ترجع إلى أصل سيكولوجي يبدو أنها أكثر شيوعاً عند الكبار منها عند الصغار، وغالبًا ما يرتبط احتباس الصوت بالضغط والقلق اللذان يتعرض لهما الفرد، فالمشكلات الانفعالية التي ترتبط بالمواقف المنزلية أو المدرسية قد تؤثر على وظيفة الحنجرة ومن ثم إعاقة الصوت، كما أن إن غلظة الصوت التي تعود إلى أسباب نفسية تشير إلى اهتزاز الأوتار الصوتية دون أن تغلق، وقد يرتبط ذلك بالمحيط المنزلي أو محيط العمل الذي يتطلب أصوات كثيرة ويصبح عادة (نائل اخرس، ٢٠٠٩).

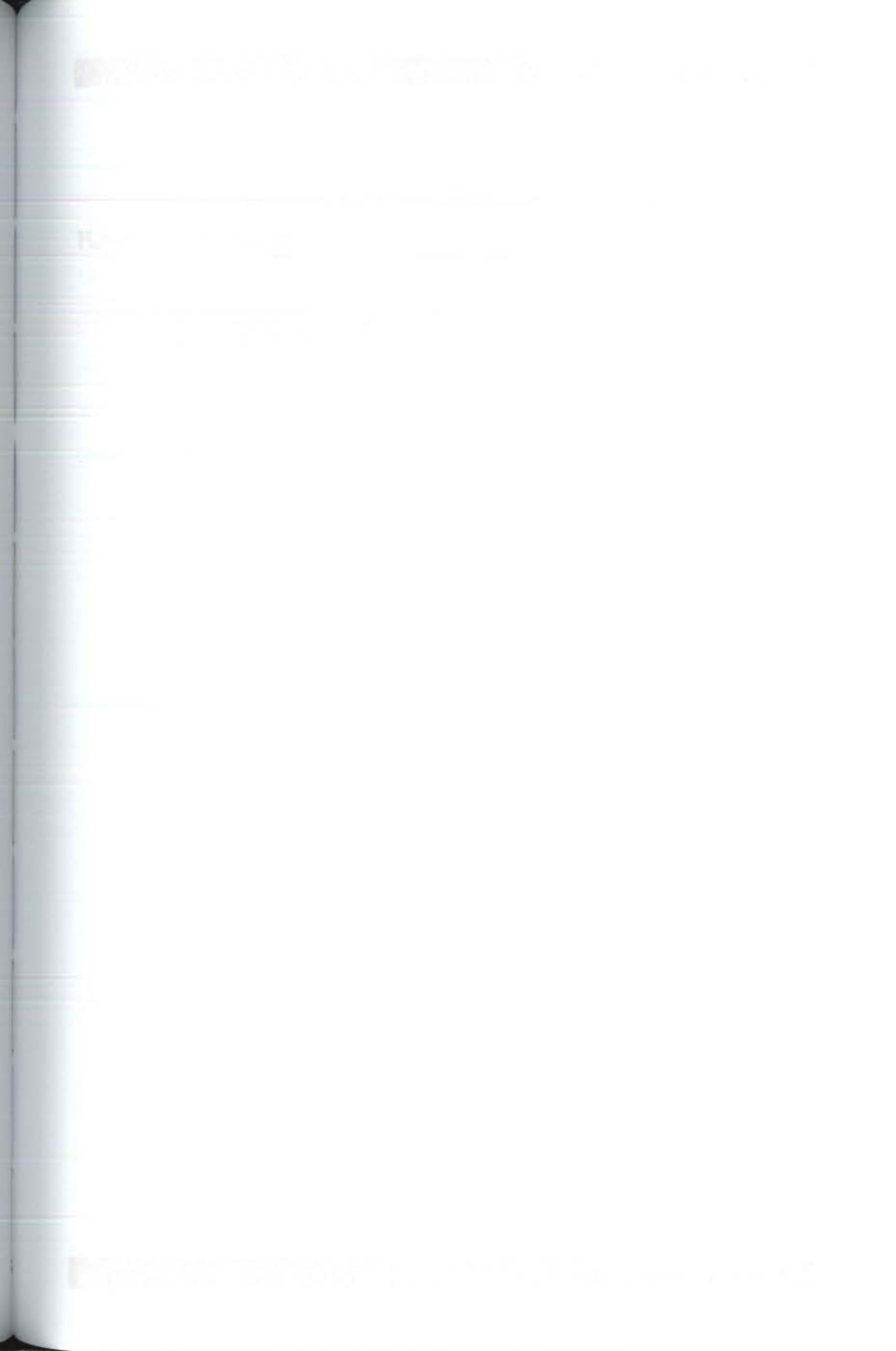
الفصل التاسع

اضطرابات الكلام

تعريف اضطرابات الكلام

تصنيف اضطرابات الكلام

مظاهر اضطرابات الكلام وعلاجها



الفصل التاسع

اضطرابات الكلام

تعريف اضطرابات الكلام Speech Disorders :

يعرف الكلام بأنه الاتصال اللفظي أو هو التداخل العصبي العضلي لإصدار الوحدات اللفظية، ويذكر "أنسي محمد" (٢٠٠٥) أنه في اضطراب الكلام يكون الكلام غير سوي عندما ينحرف كثيراً عن كلام الآخرين بدرجة تستلفت الانتباه ويعوق الاتصال أو يسبب حالة من الضيق للمتحدث أو المستمع ويضطرب الكلام عندما يكون غير نحوي أي غير متناسق مع القواعد النحوية من حيث استخدام الضمائر والأفعال والتمييز الجنسي للكلمات. كأن يقول الولد (أنا ذاهبة للسوق)، أو غير مفهوم، أو سريع أو غير مرضي لما يحتاج إليه الشخص (نائل أخرس، ٢٠٠٩).

تصنيف اضطرابات الكلام:

ويمكن تقسيم اضطراب الكلام إلى قسمين حسب الأسباب:

- عيوب ترجع العلة إلى أسباب عضوية إما في الجهاز الكلامي أو الجهاز السمعي كالتلف أو التشوه أو سوء التركيب في أي عضو من أعضاء أحد الجهازين، أو النقص في القدرة الفطرية العامة (الذكاء).
- عيوب ترجع العلة إلى أسباب وظيفية وفيها لا يشكو المريض من نقص عضوي ولكنه لا يستطيع التعبير أو أن قدرته على التعبير ضعيفة.

كما يمكن ذكر تصنيف ليوبولد Leopold لاضطرابات الكلام حيث صنفها إلى:

١. أخطاء الكلام: Speech errors وغالباً ما تحدث في بعض الأصوات.
٢. عيوب الكلام: Speech defects كما في عدم الترتيب أو التشويش في الكلام (أنسي محمد، ٢٠٠٥).

مظاهر اضطرابات الكلام وعلاجها:

وهي عبارة عن اضطرابات في الكلام وعدم القدرة على التواصل مع الآخرين بشكل فعال مما يؤدي إلى صعوبة فهم الآخرين للغة المتحدث ويشمل المظاهر التالية:

أ- التأتأة Stuttering:

إحدى اضطرابات الكلام وتظهر على شكل تكرار غير طبيعي أو إطالة في أصوات الكلام والألفاظ ويرافق ذلك بصعوبة شديدة في نطق الكلمات، مما يؤثّر في التدفّق الطبيعي للكلام، وقد تجعل مُشكِلةُ التَّأتأة التواصلَ مع الآخرين صعبًا، وهذا ما يكون له في أغلب الأحيان تأثيرٌ في طبيعة حياة الشخص ومن أكثر أسباب هذه الحالة العوامل النفسية العصبية كالتوتر والقلق والخوف والخجل والإحباط والتردد، وتُصيب التَّأتأةُ أيَّ شخص لكنَّها أكثر شُيوعاً لدى الأطفال الذين لا يزالون في مرحلة تعَلُّم الكلام، ويُصابُ بالتَّأتأة نحو خمسة بالمائة من الأطفال، وذلك خلال مرحلة من أعمارهم تدوم من أسابيع قليلة إلى سنواتٍ كثيرة، وغالباً ما تنشأ التَّأتأةُ لدى الأطفال بين الثانية والخامسة من العمر، أي في مرحلة نماء المهارات اللغوية لدى الطفل. وغالباً ما يتخلَّص الطفلُ من التَّأتأة خلال نموه. وتزول التَّأتأة وتختفي لدى معظم الأطفال عندما يكبرون قليلاً. أمَّا عندَ البالغين، فإنَّ نسبة المصابين بالتَّأتأة لا تتجاوز واحداً في المائة. وهناك بعضُ العوامل التي تجعل قسمًا من الناس أكثر من غيرهم تعرُّضاً للإصابة بالتَّأتأة؛ فعلى سبيل المثال، فإن وجود قريب مصاب بالتَّأتأة يمكن أن يزيد خطرَ إصابة الشخص بالتَّأتأة. وكثيراً ما يتكرَّر ظهور مُشكِلة التَّأتأة في العائلة الواحدة، ويمكن أن يؤدِّي تأخُّرُ تطوُّر الطفل ونموه إلى زيادة خطر ظهور التَّأتأة. إن الأطفال الذين يتأخَّرون في بلوغ بعض محطات التطوُّر والنمو معرَّضون أكثر من غيرهم للإصابة بالتَّأتأة، يزداد خطرُ الإصابة بالتَّأتأة لدى الأطفال الذين يعانون من مُشكِلات كلام أخرى. من الممكن أن يكونَ الجنسُ أحدَ عوامل الخطورة فيما يخص التَّأتأة، حيث يُصاب الذكورُ بالتَّأتأة أكثر من الإناث بثلاث مرَّات. تُعدُّ الشدةُ النفسية أحدَ عوامل الخطورة فيما يخص التَّأتأة. ومن الممكن أن تؤدِّي الحياة العائلية المُتوتِّرة إلى تفاقُم مُشكِلة التَّأتأة أيضاً (عبد العزيز الشخص، ٢٠٠٢).

وتشير بعض الدراسات إلى وجود أسباب وراثية جسمية مرتبطة بتلف المخ أو خطأ تكويني في اللسان، وتشير كثير من الدراسات لظهور مظاهر جسمية انفعالية غير عادية مع حالات التأتأة إذ أنها ترافق تعبيرات وجهية وحركة في اليدين؛ فعندما

يتكلّم الشخصُ المصاب بالتَّأتأة، فإنَّه يقوم بتكرار بعض الأصوات أو المقاطع الصوتية أو الكلمات، أو يعجز عن نُطقها. وعندما يحاول الشخصُ المصاب بالتَّأتأة أن يتكلّمَ ويتواصل مع الآخرين، فإنَّ صعوبة ذلك يمكن أن تجعله يُرَفرِف بعينيه سريعاً، ويمكن أن تجعلَ شفتيه ترتعدان، وتظهر عليه علاماتٌ أخرى أيضاً تدلُّ على الجهد الذي يبذله من أجل إخراج الكلمات. يُدعى هذا باسم "صُعوبة النُطق" وقد يلجأ من يعانون من التأتأة إلى أسلوب التأجيل المؤقت للكلام Postponement Maneuver وهو من الأساليب الدفاعية التي يلجأ إليها من يعاني من التأتأة إذ يتوقف عن نطق بعض الكلمات التي لا يستطيع نطقها بطلاقة، وقد يفيد التدريب في تحسين هذه الحالة (نائل أخرس، ٢٠٠٩).

أعراض التأتأة:

أ. أعراض تتعلق بمُشكِلات الكلام:

إذ يجد الشخصُ المصاب بالتَّأتأة صعوبةً كبيرةً في بدء كلمة أو جملة، كما قد تُسبِّب التَّأتأةُ أيضاً تكرارًا لنُطق بعض الأصوات أو المقاطع الصوتية أو الكلمات.

ب. أعراض تتعلق بالسُّلوكيات التي تدلُّ على صعوبة الكلام:

وتشمل هذه السُّلوكياتُ رفرفةَ العينين السريعة وارتعاش الشفتين والحنك. كما يظهر على بعض الأشخاص قدرٌ من التَّوَتُّر والتصلُّب وبعض الحركات في الوجه أو في القسم العُلوي من الجسم. كما تتأثَّرَ حالةُ التَّأتأة بالحالة الانفعالية لدى الشخص. وهذا يعني أن المُشكِلة تتفاقم عندما يكون الشخصُ مستثاراً أو متعباً أو واقعاً تحت تأثر نفسي. يمكن أن تصبحَ مُشكِلةُ التَّأتأة شديدةَ الصعوبة خلال بعض الحالات الاجتماعية. ومن الأمثلة على ذلك التحدُّثُ أمامَ مجموعة من الناس أو التحدث عبر الهاتف (عبد العزيز الشخص، ٢٠٠٢).

أنواع التأتأة:

هناك ثلاثة أنواع من التاتأة، هي:

١. **التَّأتأةُ النمائية:** وهي توجد لدى الأطفال الصغار خلال تعلُّمهم الكلام والمهارات اللغوية. وهي النوعُ الأكثر شُيوعاً من أنواع التَّأتأة، وتعتبر التَّأتأة النمائية حالةٌ متوارثةٌ في العائلات.

٢. **التَّأتأةُ ذات المنشأ العصبي:** تظهر التَّأتأةُ ذات المنشأ العصبي عندما يعاني الدماغُ من صعوبة في السيطرة على الإشارات الدماغية الذاهبة إلى الأعصاب أو العضلات. وقد تظهر حالاتُ التَّأتأة هذه بعدَ الإصابة بسكتة أو بصدمةٍ على الرأس أو بأي نوعٍ من أنواع الإصابات الدماغية. ومن الممكن أن تُسبِّب هذه الحالةُ ظهورَ التَّأتأة لدى شخصٍ لم يكن يعاني من التَّأتأة سابقاً.

٣. **التَّأتأةُ ذات المنشأ النفسي:** تظهر التَّأتأةُ ذات المنشأ النفسي بفعل إصابات أو مُشكِلات انفعالية تتعلَّق بالتفكير أو بالمنطق، لكنها حالةٌ نادرة (نائل أخرس، ٢٠٠٩).

مآل التأتأة:

غالبًا تزول الحالةُ من تلقاء نفسها؛ ولابدَّ من معالجة التَّأتأة التي تستمرُّ أو التي تُسبِّب توتُّراً انفعالياً لصاحبها. والحالات التالية تستدعي استشارة طبية:

- استمرار التَّأتأة أكثر من ستة أشهر.
- تفاقم ظهور التَّأتأة.
- مصاحبة التَّأتأة لتعابير وجهية وحركاتٍ أخرى للوجه والجسد تدلُّ على التَّوَتُّر.
- تأثير التأتأة السلبي في الأداء المدرسي.
- حد التأتأة من التواصل الاجتماعي.
- خوف الطفلُ من المواقف التي قد تضطره إلى الكلام.
- استمرارها بعد الخامسة من العمر.

علاج التأتأة:

تتضمَّن معظمُ أساليب المعالجة المعتمدة حالياً التوجيهَ بالبطء في الكلام، أو بالحرص على انتظام التنفُّس، أو الانتقال التدريجي من الكلمات ذات المقطع الصوتي الواحد إلى الكلمات الأكثر طولاً ثمَّ إلى الجمل الأكثر تعقيداً. تحاول معظمُ أساليب معالجة التَّأتأة المساعدةَ على معالجة القلق الذي يشعر به الشخصُ المصاب بالتَّأتأة في حالاتٍ بعينها، كما توفِّر مجموعاتُ المعونة الذاتية سبيلاً للأشخاص المصابين بالتَّأتأة من أجل العثور على موارد، وعلى دعم خلال مواجهة

التحديات التي تفرضها التَّأتأة على حياتهم، فتوفير المساندة العاطفية وتوفُّر الفرصة للكلام من غير انتقادٍ أو مقاطعة أمرٌ شديد الأهمية من أجل تطور الطفل ونموِّه.

كما يجب عدم إجبار الطفل على التحدث "على نحوٍ صحيح" طوالَ الوقت، ويجب منحه فرصة الاستمتاع بالحديث من غير أن يكون قلقًا أو منزعجًا من التَّأتأة، ومن الممكن جعل فترات الوجبات العائلية أوقاتاً من أجل الحديث، ويجب عدم توجيه الانتقادات إلى الطفل في أثناء كلامه، وعندما يتم الاستماع إلى الطفل وهو يتأتئ، يجب المحافظة على التواصل البصري مع الطفل، ولا نسمح للانزعاج بالظهور على تعابير وجهنا، ويجب الّا نتكلم بالنيابة عن الطفل، حتى إذا كنا نعرف ما يريد قوله. مع التأكيد على أن المساندة العاطفية أمرٌ شديد الأهمية من أجل نمو الطفل وتطوُّره، وتركز معظمَ الطرق الحالية لمعالجة المراهقين والبالغين الذين يعانون من التَّأتأة تركِّز على تعليمهم أساليب من أجل تقليل التَّأتأة في أثناء الحديث، وذلك من قبيل التحدُّث ببطء أو الحرص على التنفس المنتظم أو الانتقال التدريجي من الكلمات البسيطة ذات المقطع الصوتي الواحد إلى كلماتٍ أكثر طولاً، ثم إلى جملٍ أكثر طولاً وتعقيداً (عبد العزيز الشخص، ٢٠٠٦).

ب- التلعثم Stammering

هو عدم الطلاقة اللغوية المتمثلة في المعاناة في إخراج الكلمات، ويظهر في درجات متفاوتة من الاضطرابات في إيقاع الحديث العادي، وفي الكلمات بحيث تأتي نهاية الكلمة متأخرة عن بدايتها ومنفصلة عنها أو قد يظهر في شكل تكرار للأصوات ومقاطع أو إجزاء من الجملة وعادة ما يصاحب بحالة من المعاناة الشديدة أي أن التلعثم هو اضطراب يصيب طلاقة كلام المسترسل وتكون العثرات في صورة تكرار أو إطالة أو وقفة (صمت) أو إدخال بعض المقاطع أو الكلمات التي لا علاقة لها بالنص الموجود، من مثل قول الشخص – أنا أنا أنا بدي – أو يقول – أنا بد بد بد – وغالباً ما يصاحب هذا التلعثم تغيرات على وجه المتكلم تدل على خجلة تارة أو تألمه تارة أخرى أو الجهد المبذول لإخراج الكلمات تارة أخرى، والتلعثم يعتبر اضطراب ديناميكياً غير مستقر، حيث نجد أن الشخص الذي يعاني من التلعثم لا

يكون بنفس الدرجة من عدم طلاقة النطق في جميع الأوقات أو في جميع المواقف التي تتضمن الكلام وقد يكون لدى الشخص طلاقة عادية في الكلام لفترة طويلة نسبياً، كذلك فإن بعض الأشخاص الذين ينظرون إلى أنفسهم على أنهم يعانون من اضطراب الطلاقة اللفظية قد لا ينظر الآخرون إليهم على أنهم كذلك وقد يكون العكس هو الصحيح. ويبدأ التلعثم عادة بشكل تدريجي. ويكون بدايته أثناء فترة الطفولة المبكرة وهو ينتشر بين الذكور أكثر مما ينتشر في الإناث بنسبة تصل إلى ٣: ١ لصالح الذكور (عبد العزيز الشخص، ٢٠٠٢).

أعراض التلعثم:

للتلعثم مجموعة أعراض أهمها:

١- التكرار Repetition: تكرار مقاطع الكلمات مصحوباً بالتردد والتوتر النفسي والجسمي.

٢- الإطالة Prolongation: إطالة الأصوات وهذا العرض أكثر ملاحظة في كلام المتلعثم.

٣- الإعاقات Blocking: والتي يبدو فيها المتلعثم غير قادر على إنتاج الصوت إطلاقاً، بالرغم من المجاهدة والمعاناة. وتبدو تلك الحالة أكثر ما تكون عند بداية النطق بالكلمات أو المقاطع أو الجمل.

٤- اضطرابات في التنفس: من مثل استنشاق الهواء بصورة مفاجئة وإخراج كل هواء الزفير. ثم محاولة استخدام الكمية المتبقية منه في إصدار الأصوات.

٥- اللزمات: وهى مظاهر مصاحبة للتلعثم كحركات غير منتظمة للرأس ورموش العين وحركات الفم وارتعاشات حول الشفاه كما يحدث حركات فجائية لا إرادية لليدين أو الرجلين أو جزء من أجزاء الجسم وخاصة في الرقبة.

٦- ردود الأفعال الانفعالية: كالقلق والتوتر والخوف والعدوانية والشعور بعدم الكفاءة وأحاسيس من العجز واليأس والخجل (إيناس عبد الفتاح ٢٠٠٢).

أسباب التلعثم:

إن ظاهرة التلعثم في الكلام تحدث نتيجة عوامل متداخلة ومتشابكة هذه العوامل هي عوامل عضوية ونفسية واجتماعية وهى تمثل وحدة ديناميه وتعد المسئولة عن حدوث التلعثم وليس عامل بمفرده. إلا أن البعد النفسي سيظل هو – العلة الأساسية – أو العلة الكافية – (كما يقولها المناطقة) سيظل هو الأساس الذي تتأثر به كافة العوامل وتؤثر فيه أيضاً بعد ذلك. بمعنى أن هناك كثيراً من الأفراد يتوفر لديهم من الاستعداد الطبيعي (الجبلي) ما قد يسبب التلعثم، غير أنهم لا يعانون من التلعثم نظراً لغياب العوامل الأخرى المهيأة وهي في حالتنا هذه العوامل النفسية (إيناس عبد الفتاح ٢٠٠٢). تتعدد وتتنوع وجهات النظر المفسرة للتلعثم، وأهمها:

أولًا: مجموعة النظريات الاجتماعية:

ومن تلك النظريات:

١. " نظرية جونسون " التشخيصية:

تعتبر هذه النظرية العقاب واللوم من قبل الوالدين تجاه الطفل أو وضع معايير قياسية ينبغي أن يصل إليها في الطلاقة اللفظية من العوامل التي تكمن في البيئة الأسرية وتسهم بصورة مباشرة في ظهور التلعثم لدى صغار الأطفال؛ فالتلعثم وفق هذه النظرية "يبدأ في أذن الأم لا في فم الطفل "

وتقوم تلك النظرية على ثلاث افتراضات رئيسة، هي:

(١) إن الوالدين هم أول من يشخص التلعثم وينتبه إليه لدى الطفل.

(٢) يعتبر تشخيص الوالدان للتلعثم لعثمة عادية وخاصية للكلام لدى غالبية صغار الأطفال.

(٣) ظهور التلعثم عند الأطفال ونموه لديهم غالباً ما يكون بعد تشخيص الوالدين وليس قبله وكنتيجة لهذا فإن تبنى الطفل وتوجيهات والديه بشأن كلامه المتعثر تكونت لديه مشاعر من القلق والتوتر والخوف من الفشل في نطق الكلمات ومن ثم بات متلعثماً.

٢. نظرية صراع الدور:

ترى هذه النظرية أن التلعثم هو ليس اضطراباً كلامياً بقدر ما هو صراع يدور بين الذات والأدوار التي تلعبها ويدلل أصحاب هذه النظرية على هذا بأن معظم المتلعثمين يتحدثون بطلاقة معظم الوقت كما أن التلعثم يختلف في طبيعته عن اضطرابات الكلام الأخرى مثل الخنف حيث يكون الاضطراب حينئذ ومستمر مع الفرد طول الوقت. ووفقاً لمفهوم (الصراع الدور – الذات) فإن التلعثم يختلف تبعاً لمتغيرين رئيسيين:

أ. الكيفية التي يدرك بها المتلعثم نفسه في الموقف الاجتماعي المتطلبة للحديث.

ب. الكيفية التي يتم بها إدراك الأخر كمستمع.

وقد لوحظ أن شدة التلعثم تزداد إذا ما كان المتلعثم أقل وضعاً من المستمعين، بينما يكون معتدلاً إذا ما تحدث مع شخصية مماثلة له، في حين يختفي نسبياً في المواقف المتضمنة تقييم إيجابي للذات.

ثانيًا: مجموعة النظريات العضوية / الوراثية Genognic:

١. وجهة نظر أرسطو:

عرف أرسطو التلعثم بأنه يرجع إلى التفكير بطريقة أسرع من الكلام، ووصفه بأنه عدم قدرة اللسان على الاستمرار في الحديث دون توقف، وكان يرى أن أسباب حدوث التلعثم تعود إلى بعض العوامل الجسمية أو التكوينينة مثل الخطأ التكويني في اللسان أو التلف الذي قد يصيب وظائف المخ مما ينتج عنه عدم القدرة على التنسيق الحركي، الأمر الذي حدى ببعض المعالجين بإجراء جراحات لتقصير طول اللسان لدى المتلعثمين، ولكن الفشل كان من نصيب الجراحات حيث كان التلعثم يعاود الأفراد الذين أجريت عليهم هذه الجراحات مرة أخرى.

٢. نظرية الهيمنة المخية:

لقد لوحظ أن كثيرًا من المتلعثمين كانوا من أصحاب اليد اليسرى وبدأت مظاهر التلعثم عند الغالبية منهم في الوقت الذي دفعوا فيه دفعاً إلى استخدام اليد اليمنى في تناول الطعام والكتابة وما إلى ذلك. وكثيرون تحسنوا بمجرد عودتهم إلى استخدام اليد اليسرى مرة أخرى.

٣. النظرية البيوكيميائية:

ترجع النظرية البيوكيميائية التلعثم إلى اضطرابات في عملية الأيض (الهدم والبناء) Metabolism وفى التركيب الكيميائي للدم.

٤. النظريات النيورفسيولوجية:

لوحظ أن المتلعثمين يكون لديهم التوصيل العصبي في أحد الجانبين أبطأ من التوصيل في الجانب الآخر، فالتلعثم وفق هذه النظرية ينشأ نتيجة مرض عصبي عضلي لا تستخدم عضلات النطق بسببه كلها بكفاءة أو في تناسق. ولقد وجد من يذهبون هذا المذهب دليلاً يؤيد وجهة نظرهم وهذا يتمثل في أن الإناث تكون لديهن عملية الأنفية العصبية أفضل من الذكور في العادة.. وهن أقل إصابة من الذكور بالتلعثم وبالذات في المرحلة العمرية من ٢ : ٤ سنوات وهي الفترة إلى عادة ما يبدأ فيها التلعثم لدى الأطفال.

ثالثا: مجموعة النظريات النفسية:

وهي وجهات نظر متعددة، أهمها:

١. التلعثم نتاج لسوء التوافق:

يعود التلعثم بحسب وجهة النظر تلك لصورة من صور ميكانيزم الانسحاب الراجع إلى الإحساس بالدونية، فإن المرء إذا أحس انه دون غيره قد يحجم أو يتردد في أن يتكلم كما لو كان متوقعاً من المستمعين أن يردوه عن الكلام ومن هذا ينشأ الكف الذي يتسرب إلى عمليات النطق.

٢. التلعثم وفق نظرية التحليل النفسي:

بحسب وجهة نظر التحليل النفسي يرجع سبب التلعثم إلى تثبيت اليبيدو على مراحل من التكوين القبل تناسلي. فالتلعثم هو التعبير عن الميول العدوانية والتي يخشى الفرد التعبير عنها أو عن رغبات لا شعورية مكبوتة تتسم بقدر كبير من العدوان. فالمتلعثم يشعر أن الكلمات بوسعها أن تقتل ومن ثم يتوقف عن الكلام حتى لا تتفجر عدوانيته (شهاب عبد العظيم، ٢٠٠٣).

٣. النظرية السلوكية:

التلعثم من وجهة النظر السلوكية هو سلوك متعلم، كما أن الكلام نفسه سلوك متعلم. فالتلعثم سلوك تجنبي، الهدف منه الحد من أحاسيس القلق المرتبطة بمواقف عدم الطلاقة. والقلق قد يكون أحد نوعين: إما قلق ينشأ عن الخوف من الكلام في مواقف كلامية معينة، أو قلق مرتبط بالكلمة ومثيرات لفظية في طبيعتها. تتضمن كلمات معينة وإشارات مرتبطة بها وتدخل تحت هذا النوع من المثيرات الخصائص الشكلية للكلمة المنطوقة.

كما يرى بعض أنصار النظرية السلوكية أن التلعثم هو نتائج للصراع بين رغبتين متعارضتين الكلام ونقيضه الصمت. ويمثل صراع الإقدام – الإحجام لب مشكلة التلعثم في الكلام، فالمتلعثم يتأرجح بين رغبته في الكلام تحقيقاً للاتصال وبين رغبته في الصمت خوفاً من التلعثم. ويعني ذلك أن كلا من الكلام والصمت يتضمن بالنسبة للمتلعثم قيماً إيجابية وأخرى سلبية. إذا اتخذ المتلعثم جانب الصمت (الإحجام) فمعنى هذا أنه قد تخلى عن الاتصال وبالتالي شعوره بالمعاناة من الإحباط والذنب. أما إذا اتخذ المتلعثم جانب الكلام (الإقدام) وتحقق الاتصال – وبالتالي حدوث التلعثم – أدى إلى شعوره بالمعاناة من الخجل والذنب.

إن الرغبة في الكلام تمثل تحقيق التوصل اللفظي، ولكن في الوقت نفسه تحمل تهديداً بحدوث التلعثم في الكلام. أما الصمت فيمحو مؤقتاً التهديد المتضمن في الكلام. ولكنه يحمل الضرر الناتج عن التخلي عن التواصل وما يصاحبه من إحباط. ووفقاً للنظرية الشرطية فإن الصمت يصبح بمثابة إشارة تعمل على استثارة القلق لدى المتلعثم.

كما يرى البعض الآخر من أنصار النظرية السلوكية أن التلعثم هو الفشل أو الاضطراب في الطلاقة اللفظية نتيجة اقتران حالة انفعالية لبعض المواقف الكلامية والتي عممت بعد ذلك فأصبح الكلام بوجه عام عملية غير مأمونة العواقب تماماً. ويلاحظ أن التدعيم الإيجابي لا يتحقق في تلك الحالة بل العقاب "الفشل في الطلاقة" ومن ثم بات المتلعثم على يقين أن كل محاولة للحديث سوف يتبعها الفشل الأكيد

في الطلاقة اللفظية. أي أن التلعثم وفق وجهة النظر هذه هو الفشل في الطلاقة الناتج عن حالة انفعالية تصبح مرتبطة بالكلام وبالمثيرات الكلامية نتيجة لعملية الاقتران الشرطي.

علاج التلعثم:

يتركز علاج التلعثم على تخفيف الأثارة المصاحبة لعدم طلاقة الكلام وهو ما يشعر به المريض إزاء المواقف التخاطبية من خوف وكبت وتوتر وشعور بالإثم والعدوانية، والمبدأ الأساسي للعلاج هو عدم تفادي التلعثم وقبوله مع التركيز على تنميته بربطه بالأفكار السلوكية غير المرئية والشخصية لدى المريض.

العلاج النفسي الكلامي Speech Psychotherapy:

للعلاج النفسي الكلامي طرق عدة وهي متداخلة فيما بينها وتهدف إلى مساعدة المتلعثم على مقاومة تلعثمه وزيادة الثقة بنفسه وكفاءتها، دون لفت الانتباه لحالة التلعثم لديه. ومن هذه الطرق " الاسترخاء الكلامي " والذي فيه يكون الاهتمام منصب حول هدفين: الأول: هو التخفيف من الشعور بالاضطراب والتوتر أثناء الكلام والآخر: هو إيجاد ارتباط بين الشعور والراحة والسهولة أثناء القراءة وبين الباعث الكلامي ذاته، ومما يزيد من فاعلية طريقة الاسترخاء الكلامي أن تدعم بتدريبات على الاسترخاء الجسمي وبعض التمارين الرياضية وبخاصة التدريبات على التنفس.

ومن الطرق الأخرى طريقة تمرينات الكلام الإيقاعي: التي تعتمد على الحركات الإيقاعية والتي يكون الهدف منها هو صرف انتباه المتلعثم عن مشكلته وتؤدي في نفس الوقت إلى الإحساس بالارتياح النفسي ومن هذه الحركات الإيقاعية النقر بالأقدام، النقر باليد على الطاولة، الصفير، وهناك أيضًا طريقة النطق بالمضغ التي تهدف إلى استبعاد ما علق في فكر المتلعثم من أن النطق والكلام بالنسبة إليه صعب وعسير، وفيها يبدأ المعالج بسؤال المتلعثم عن إمكانه إجراء حركات المضغ، ثم يطلب منه أن يقوم بحركات المضغ بهدوء وسكون، وبعد ذلك يطلب منه أن يتخيل أنه يمضغ قطعة طعام، وعليه أن يقلد عملية مضغ هذه القطعة وكأنه في الواقع، فإذا تمكن من ذلك

يطلب منه أن يحدث لعملية المضغ صوتاً فإذا وجد صعوبة أو شعر بالخجل من ذلك على المعالج أن يحدث نفس العملية أمامه، وبعد ذلك يوجه للمتلعثم بعض الأسئلة بصحبة نفس الأسلوب من المضغ مثل: ما اسمك، ما اسم والدك، عنوانك، اسم إخوتك، ومدرستك وما إليه... إلخ، وتدريجياً يجعل المعالج المتلعثم يجيب عن هذه الأسئلة بأسلوب النطق بالمضغ. وهذه الطريقة تفيد في تحويل انتباه المتلعثم وتجعله ينطق الكلمات بهدوء يتناسب مع عملية المضغ كذلك فإنها تسهم في التخفيف من مشاعر الخوف فيما يتعلق ببعض الكلمات حيث يتلخص المتلعثم منها من خلال محاولة نطقها ومضغها (إيناس عبد الفتاح، ٢٠٠٢).

الفصل العاشر

اضطرابات الإيقاع

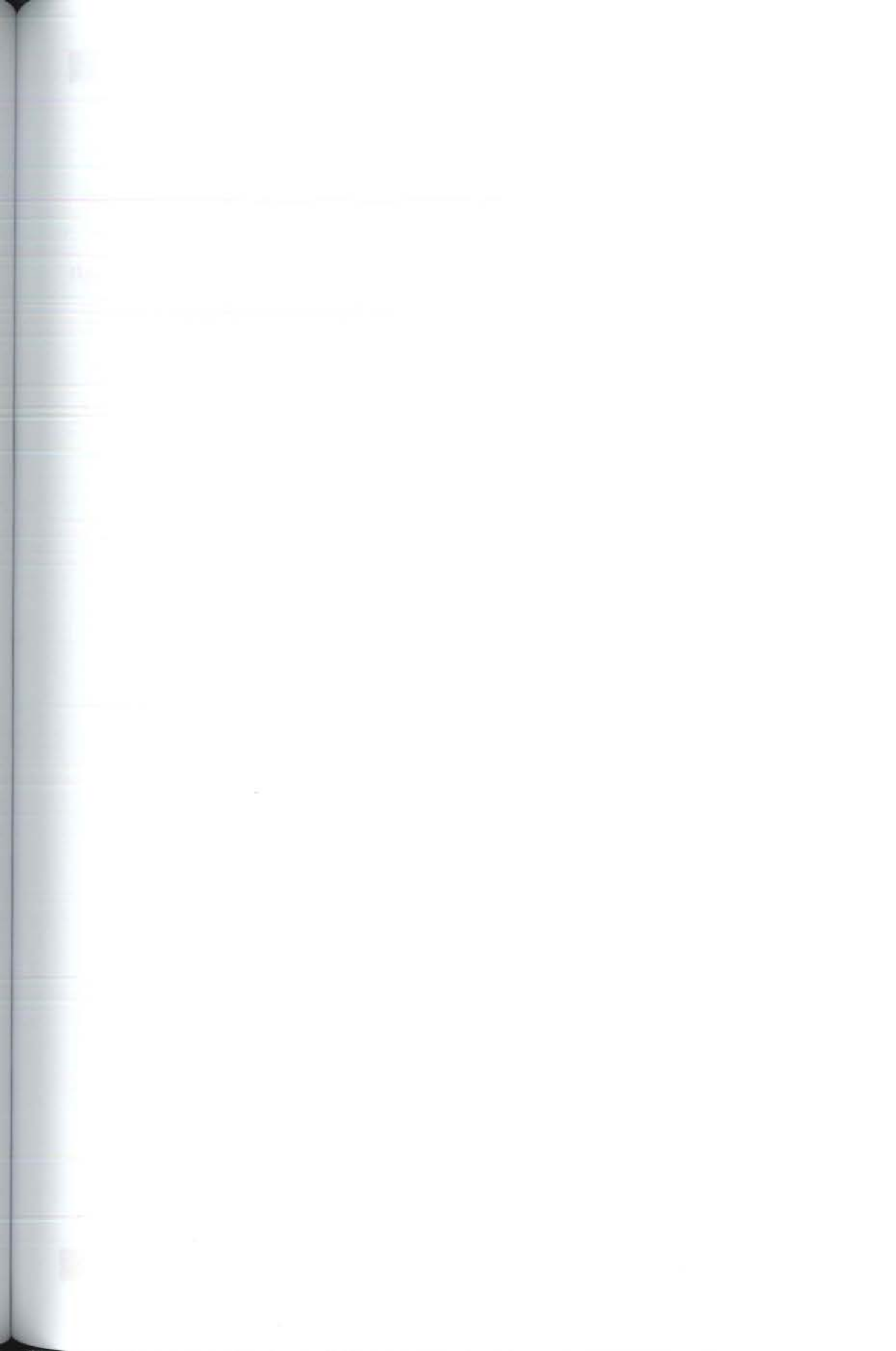
تمهيد

تعريف الطلاقة اللفظية

عناصر الطلاقة اللفظية أو مكوناتها

تعريف اضطرابات الإيقاع

تصنيف اضطرابات الإيقاع



الفصل العاشر

اضطرابات الإيقاع

تمهيد:

تذكر العديد من الكتابات المتخصصة، أنه لكي يحدد اضطرابات الإيقاع Rhythm Disorders، فإنه تتعين الإشارة إلى مفهوم الطلاقة اللفظية Fluency، على اعتبار أن اضطراب الإيقاع مضاد الطلاقة، ومن ثم لا يتضح أحدهما إلا بالإشارة إلى نقيضه.

تعريف الطلاقة اللفظية:

الطلاقة هي القدرة على التفكير بسرعة وإيراد الكلمات وما يرتبط بها بسهولة، والطلاقة اللفظية هي إحدى القدرات العقلية الأولية السبع التي يتألف منها الذكاء عند ثيرستون (جابر وكفافي، ١٩٩٠، ج٣: ١٣٠٥)، والطلاقة هي السلاسة والفصاحة في الحديث والكلام، أو التعامل مع ألفاظ وأصوات اللغة، وكلماتها، وعباراتها بطلاقة تامة (كمال سيسالم، ٢٠٠٢: ١٤٢)

عناصر الطلاقة اللفظية أو مكوناتها:

تشير كتابات عديدة متخصصة إلى أن الطلاقة اللفظية تتكون من ثلاثة عناصر محورية هي: الاسترسال في الكلام، ومعدل سرعة الكلام، والجهد المبذول. وفيما يلي إشارة موجزة إلى كل عنصر منها:

الأول – الاسترسال: ويقصد بالاسترسال استمرارية الكلام دون توقف بشكل يعوق تدفق الحديث، وقد يحدث توقف بشكل متكرر في الحديث العادي، بمعنى حدوث توقف لمدة ربع ثانية تقريبا كل أربع إلى ثمان كلمات، وقد تتغير هذه الأرقام في ضوء سياق الحديث، ومضمونه كسرد قصة، أو إلقاء محاضرة. وهناك نوعان من التوقف: يطلق على أحدهما التوقف الممتلئ، ويتم فيه ملء الفواصل أثناء الحديث بإصدار أصوات لملء الفراغ بين عبارة وأخرى، ولإيضاح أن المتكلم لم ينته بعد من حديثه، أي أن للحديث بقية، ولطول مدة الفواصل، وقد يلجأ المتكلم إلى استخدام لزمة كلامية. ويطلق على الآخر التوقف الفارغ لا يتم فيه ملء الفواصل الزمنية، أثناء الحديث بأية أصوات نظرا لتدفق العبارات من جانب المتكلم، ولقصر مدة التواصل.

الثاني – معدل سرعة الكلام: يختلف معدل سرعة الكلام من فرد لآخر، وعادة ما يبطئ الفرد من معدل سرعة كلامه في نهاية الجمل، ثم يبدأ من جديد بإيقاع سريع وصوت مرتفع، وقد يبطئ الفرد من معدل سرعة كلامه عندما يهمس لتعويض انخفاض الصوت، وعند حدوث ضوضاء، أو عندما يشار إلى صعوبة فهم ما يقال، فيبطئ المتكلم من معدل سرعة كلامه، ليزيد من محاولة إفهام الآخرين.

الثالث – الجهد المبذول: هناك نمطان من الجهد المصاحب لعملية الكلام، يتعلق أحدهما بالجهد المعرفي اللازم للتركيز، ويتعلق الآخر بالجهد العضلي المبذول لتحريك الأعضاء الكلامية (Weather , 1983)

تعريف اضطرابات الإيقاع:

يقصد باضطرابات الإيقاع، تلك الاضطرابات الخاصة بإيقاع الكلام وطلاقته، ولذلك يطلق عليها بعض الباحثين اضطرابات الطلاقة.

تصنيف اضطرابات الإيقاع:

تنقسم اضطرابات الإيقاع إلى قسمين أساسيين:

القسم الأول – السرعة الزائدة في الكلام Cluttering :

تعتبر السرعة الزائدة في الكلام اضطرابا في طلاقة وسلاسة الكلام، ومن أبرز مظاهر السرعة الفائقة عند التكلم إلى الدرجة التي تغفل معها نطق المقاطع اللفظية Syllables وبالتالي لا يتضح نطق هذه المقاطع، ومن هنا يسمى هذا العرض تاكيلاليا tachylalia أو الكلام السريع، والأفراد الذين يعانون من السرعة الزائدة في الكلام يقفزون خطوة أو خطوتين إضافيتين في سرعة الكلام، فيحذفون بعض المقاطع، أو كل المقاطع أحيانا، أو يشوهونها إلى درجة تصل في الغالب إلى الصعوبة البالغة في التعرف على ما يتكلمونه في وضوح، وأحيانا يكون هذا المطلب – أي فهم ما ينطقونه – أمرا مستحيلا (صفاء حمودة، ١٩٩١: ٢٩). وقد يخرج الكلام عند الذين يعانون من السرعة الزائدة في شكل انفجارات bursts يفصل بين هذه الانفجارات الكلامية فترات توقف قصيرة ومؤقتة.

أعراض ومظاهر السرعة الزائدة في الكلام:

أضاف " وايز " (Weiss, 1964) أعراضا مرضية أخرى للسرعة الزائدة في الكلام مثل عدم الوعي بترتيب العبارات (الجمل)، الانتباه قصير الأمد، الاضطراب في ترابط بعض الكلام ببعضه، وكذلك في صيغ الكلام. وتجدر الإشارة إلى أن الأفراد الذين يعانون سرعة زائدة في الكلام حين يقعون تحت ضغط، أو عندما يركزون انتباههم إلى ما يقولونه من كلمات، يلاحظ أنهم يتكلمون ببطء أكثر وبشكل أوضح.

ويعتقد فريق من الباحثين أن هناك ارتباطا بين اللجلجة، والسرعة الزائدة في الكلام، ويذكر "وايز" أن السرعة الزائدة في الكلام، قد تؤدي في ظل ظروف معينة إلى حدوث اللجلجة، وبالرغم من أنه لا يوجد دليل واضح يؤيد وجهة النظر هذه، إلا أن المعالجين النفسيين يجدون أنفسهم ينبهون – كوسيلة وقائية خلال مراحل النمو – إلى ضرورة الانتباه للسرعة الزائدة في الكلام، ومقاومة أية أعراض أخرى للجلجة عند معالجة الأطفال ذوي السرعة الزائدة في كلامهم. في حين يرى فريق آخر من الباحثين أن هناك سمات وخصائص في شخصية الفرد الذي يسرع في كلامه بشكل زائد ترتبط بحدوث هذه الظاهرة لديه، ومن هؤلاء "ستاركوزر، ١٩٨٣ : ٣٥٣). ومن ناحية ثانية، هناك من يرى أن الأفراد الذين يعانون سرعة زائدة في كلامهم لديهم خصائص إكلينيكية يتميزون بها، ومن هؤلاء " باكوين " Backwin ذلك أنه بالإضافة إلى طريقة الكلام المتميزة التي تجعل الكلام مشوشا ومختلطا صعب الفهم، فإن السرعة الزائدة في الكلام ترتبط باضطرابات أخرى في النمو اللغوي الوظيفي، كالتأخير في الكلام، واضطرابات القراءة، والكتابة، وتهجي الكلمات. وفي بعض الحالات يكون أساس هذا الاضطراب مرتبطا بتطور عسر القراءة " الديسليكسيا " Dyslexia. ويميل من يعانون من السرعة الزائدة في الكلام، إلى القراءة السريعة دون فهم، ثم تخمين معنى ما يقرأون، ويصعب عليهم الكتابة، وتكون كتاباتهم غير منظمة، وتفتقر إلى العناية، كما أن حركتهم تفتقر إلى المهارة، ويصعب عليهم تناول الأشياء بعناية، ويبدو ذلك واضحا في ممارسة الألعاب التي تتطلب مهارة حركية.

كما يتميز من يعانون من السرعة الزائدة في الكلام بسمات سلوكية معينة، فيكونون مسرعين، مهملين، يفتقرون إلى النظام، كما يتميزون بالحركة المفرطة، والاندفاعية، وبالإهمال، وبكثرة النسيان، وفي مقابل كل ذلك نجد أن المتلجلج يهتم اهتماما مفرطا بالنظام. وتجدر الإشارة في هذا السياق، إلى أن السرعة الزائدة في الكلام مثلها مثل الاضطرابات الوظيفية الأخرى للغة، بمعنى أنها تحدث بشكل أكثر لدى الذكور عنها لدى الإناث، وقد تحدث السرعة الزائدة في الكلام لدى الأطفال بعد إصابتهم ببعض الأمراض المخية مثل الالتهاب السحائي (صفاء حمودة، ١٩٩١: ٣٠). ويذكر كل من "لينا هارجروف وجيمس بوتيت" (١٩٨٨: ٢٤٠) أن السرعة الزائدة في الكلام تشتمل على أربعة مظاهر هي: اضطرابات اللغة، واضطرابات الكلام، وصعوبات الإدراك، وعدم الوعي بالاضطراب. وأشارا إلى أن تشخيص السرعة الزائدة في الكلام لا يشترط وجود المظاهر السابقة جميعها، ويشترك التلاميذ الذين يعانون من صعوبات في التعلم، والذين لديهم سرعة زائدة في الكلام، في سمات شخصية متشابهة، تتضمن الاندفاعية، وعدم الدقة، وسهولة التأثر بأفكار الآخرين، والإهمال. وأنه من المحتمل أن تلعب العوامل الوراثية دورا بارزا في اضطراب السرعة الزائدة في الكلام، وصعوبات التعلم.

وتختلف السرعة الزائدة في الكلام عن اللجلجة، بشكل ملحوظ، ويبدو هذا على النحو التالي:

(١) السرعة الزائدة في الكلام لا تسترعي انتباه الفرد مثل اللجلجة.

(٢) الفرد الذي يتكلم بسرعة زائدة لا يخشى مواقف الكلام.

(٣) أن السرعة الزائدة في الكلام لا ترتبط بمواقف حدثت في الماضي.

(٤) أن السرعة الزائدة في الكلام لا يصاحبها انفعالات الخوف مثل اللجلجة.

(٥) اتفق الخبراء على الطبيعة الوراثية للسرعة الزائدة في الكلام، (سهير أمين، ٢٠٠٢)

ويطلق على السرعة الزائدة في الكلام " عدم انتظام الكلام " بمعنى أنها كلام سريع، وأنماط نطقية عصبية، تؤدي إلى الخلط، وعدم الانتظام، ونقص

الدقة، وحذف كلمات ومقاطع (جابر وكفافي، ١٩٨٩، ج٢: ٦٣٤)، وهو كلام سريع، وأنماط نطق عصبية، تؤدي إلى اختلاط الكلمات، وحذف مقاطع منها، مما يؤدي إلى صعوبات في الوضوح. ويمكن أن تحدث السرعة الزائدة في الكلام عدم انتظام فيه، أو يحدث عدم الانتظام مرتبطا باضطرابات في النطق، واللغة، والتعلم، والانتباه (أكاردو ووتيمان، ٢٠٠٧: ١٧٤)، وهي أحد أنواع اضطرابات طلاقة الكلام، وتتمثل في السرعة الكبيرة في الكلام، مما يصعب معه متابعة الاستماع، وفهم المسموع. (كمال سيسالم، ٢٠٠٢: ٨٥)، وهي سرعة الكلام وتداخله، وهي أحد اضطرابات النطق، يتميز بالتحدث بسرعة، أو إفراط على نحو يصعب فهمه. ويطلق عليها كذلك أجيتولاليا (الشخص والدماطي، ١٩٩٢: ٩٣). وتتصف السرعة الزائدة في الكلام بتكرار الكلام على نحو اندفاعي، بحيث يزيد المتحدث من سرعته في نطق الكلمات، وتبدو الألفاظ متزاحمة، والمقاطع مختزلة أو محذوفة، مما يخل بإيقاع الكلام، ولا يكون الكلام مرتبا ولا واضحا، ويكون متقطعا وكثير الأخطاء (أحمد الزعبي، ٢٠٠٣: ٣٠٤).

ويشير مصطلح السرعة الزائدة في الكلام إلى السرعة المفرطة أثناء الكلام، والكلام المشوش، ويصاحب تلك الحالة مظاهر جسمية وانفعالية غير عادية، وتؤدي السرعة الزائدة في الكلام إلى صعوبة فهم كلام المتحدث، ومشكلات في التواصل الاجتماعي (هاني عليان، ٢٠١١: ٢٠)، والسرعة الزائدة في الكلام اضطراب يصيب طلاقة الكلام، ويتكلم الفرد الذي يعاني من السرعة الزائدة في الكلام بسرعة فائقة إلى درجة تصل إلى حذف بعض المقاطع أو كل المقاطع تقريبا، وبالتالي لا يتضح نطق هذه المقاطع. ويعتقد أن أساس هذا العيب الكلامي يرجع إلى وجود اختلال في وظائف مراكز اللغة يؤدي إلى ضغط الكلام لدرجة الخلط بين المقاطع، ولدرجة أن المستمع قد يجد صعوبة في متابعة الكلام، أو فهم ما يقال (عبدالعزيز سليم، ٢١١: ٦٧).

القسم الثاني – اللجلجة Stuttering

بادئ ذي بدء يتعين القول أن اللجلجة شكل أساسي من أشكال اضطرابات الطلاقة، وقد استخدم في اللغة العربية عدة مصطلحات للإشارة إلى اللجلجة منها التمتمة، والفأفأة، والرتة، والعقلة، والحُبسة، واللعثمة، وكلها تعبر عن اضطرابات الكلام التي تتضمن الترديد، والتكرار، و التوقف، وعدم القدرة على النطق بسهولة ويسر. أما بالنسبة للمصطلحات الإنجليزية يشيع استخدام مصطلحي Stuttering & Stammering للتعبير عن نفس المشكلات الكلامية، وتصل نسبة المتلجلجين في أي مجتمع إلى حوالى ١٪. وعلى الرغم من أن اللجلجة تنتشر في جميع المجتمعات، إلا أن الإحصاءات تشير إلى انتشار اللجلجة في مجتمعات بعينها أكثر من مجتمعات أخرى. لكن لا يوجد مجتمع يخلو من اللجلجة. كما تشير الإحصاءات إلى أن ٨٥٪ من حالات اللجلجة تبدأ في مرحلة ما قبل المدرسة، وأن عدد الأولاد المتلجلجين يزيد عن عدد البنات المتلجلجات بنسبة ١- ٤.

وتنتشر اللجلجة بين جميع الفئات، إذ قد يعاني منها الأطفال الموهوبون والمعوقون عقلياً، كما قد يعاني منها المشهورون والزعماء. وكلما استمرت اللجلجة لفترة طويلة لدى الشخص، أدى ذلك إلى ظهور مشكلات انفعالية مصاحبة لها؛ فالذي يعاني من اللجلجة يشعر بالحرج والذنب، والإحباط والغضب، والكثير منهم يشعر باليأس؛ الأمر الذى يفضي إلى تدني شعوره بقيمته كإنسان، وتقديره لذاته، وهذا ما أكده "جمال نافع" (١٩٨٧: ٢٤). ومن الممكن أن تكون اللجلجة مصحوبة بصعوبات أخرى في التواصل، أو بالمشكلات الانفعالية والاجتماعية، ومن الممكن أن يكون لها تأثير على مفهوم الذات لدى الفرد، وأهدافه، وطموحاته، وتطلعاته، وتوقعاته لنفسه.. وما إلى ذلك.

إن اللجلجة تقود إلى عدد كبير من الصراعات الاجتماعية والانفعالية، للطفل أو الراشد المتلجلج، ولأسرهم، ولأصدقائهم، ومعلميهم، وكل من يتفاعل معهم؛ ذلك أن المتلجلجين لهم ردود أفعال تجاه مشكلتهم، إذ يصبحون مفرطي العدوانية، وينكرون أنهم يعانون من اللجلجة على الرغم من وضوح معاناتهم، ومن ثم يسقطون

ردود أفعالهم على السامعين. هذا إلى جانب شعورهم بالخجل، والقلق، وتجنب الحديث مع الآخرين، وتجنب الوجود في المواقف الاجتماعية إلى الدرجة التي يمكن معها القول أنها تقودهم إلى العزلة الاجتماعية، ومن الممكن أن تنخفض بشدة رغبتهم في التعليم، والعمل، والنجاح الاجتماعي. ونظراً إلى أن مشكلة اللجلجة أكثر انتشاراً من مشكلة السرعة الزائدة في الكلام، فسوف نتناولها بشيء من التفصيل.

أولاً- اللجلجة: نظرة تاريخية

استخدم لفظ اللجلجة - لأول مرة- في اللغة الإنجليزية حوالي عام ١٥٧٠، إلا أن اللجلجة كاضطراب في الكلام معروف منذ القدم، فقد تم العثور على كتابات بالهيروغليفية تعبر عن هذا الاضطراب لدى بعض المصريين القدماء (Bender,1939,9). كما وردت في المعاجم العربية، ومنها معجم الوسيط عدة ألفاظ تحمل معانيها الإشارة إلى اضطراب اللجلجة. ومن بين هذه الألفاظ على سبيل المثال:

- الرتّة: أي التردد في الكلام، والأرتّ الذى يتردد في الكلمة، ولا تكاد تخرج الكلمة من فمه. ويقال في لسانه رتّة.
- العقلة: اعتقال اللسان، أي عدم القدرة على الكلام.
- الحبسة: ثقل الكلام، أو تعذر الكلام.
- اللوثة: البطء في الكلام، وثقل اللسان.
- اللجلجة: التردد في الكلام، والتعتعة مضغ الكلام.

كما وردت ألفاظ بهذا المعنى أيضاً في معاجم عربية، مثل معجم البيان والتبيين للجاحظ، ومختار الصحاح، ولسان العرب لابن منظور.

المعنى اللغوي لمصطلح اللجلجة في اللغات الأجنبية:

فيما يتعلق بالمعنى اللغوي للفظ اللجلجة – في اللغات الأجنبية – نجد أن اللفظ الذي كان يطلقه الإغريق على اضطراب اللجلجة هو Spasmophemia وهو لفظ مشتق من الكلمتين اليونانيتين: Spasmo وتعني تشنجي Spasmodic، و Phemia وتعني أنا أتكلم I Speak، (مصطفى فهمى، ١٩٧٥: ٢٧)

وهناك مصطلحان أجنبيان يشيران إلى لفظ اللجلجة:

أولهما: Stuttering وهي تقابل اللفظة العربية "الرتة"،وهي تعني التردد في نطق مقطع الكلمة، وأن الكلام لا يخرج من الفم.

ثانيهما: Stammering وهي تقابل اللفظة العربية " العلقة" وهي تعني اعتقال اللسان بحيث يعجز الفرد عن تلفظ المقطع إلا بعد جهد كبير.

ويقصد بالرتة أيضاً أنها حالة تكرارية "تواترية" Colonic، أما العقلة فهي حالة توقفية "توترية" Tonic.

وبالرغم من اللفظين الأجنبيين Stammering ، Stuttering؛ غالباً ما يستخدمان كمترادفين، فإن الفصل Stammer مشتق من الكلمة الأنجلو سكسونية Stamur وهي تتكون من جزئيين Er ، Ur. وتعني الفرد مهيأ لـ، أو مستعد لـ Disposed to. والجزء الثاني من الكلمة Stam نجد أن Sta من to stand أي يتوقف، وبهذا يعني مصطلح Stammering التهيؤ، أو الاستعداد للتوقف، أما مصطلح Stuttering فهو مشتق من Stutte-Stut أو تعني لا أستطيع نطق الكلمة بيسر وسهولة (طلعت منصور، ١٩٦٧:٧). في حين أن الباحثين الأمريكيين يستخدمون مصطلح Stuttering، نجد أن الباحثين الإنجليز يفضلون استخدام مصطلح Stammering هذا من ناحية، ومن ناحية يذكر "ترافيس" Travis أن المصطلحين يدلان على نفس الشيء، إلا أنه من الناحية العملية تتميز كلمة Stammering بالتوقف عن الكلام، والتكرار، يكون متعاقباً بين التوقف عن الكلام، والتكرارات الارتعاشية. وبهذا المعنى لا يوجد اختلاف رئيسي بين التكرار Colonic، والتوقف Tonic، ولكن الأخير يتميز بإطالة ومد الحروف، ويستخدم المصطلحان كمترادفين في أغلب الكتابات الطبية والنفسية (سهير أمين، ٢٠٠٢).

ثانيًا- تعريفات اللجلجة:

ترجع محاولات تعريف اللجلجة إلى عهود بعيدة، فقد ترجع إلى ما قبل الميلاد، ففي العصور اليونانية القديمة كانت محاولة أرسطو لتعريف ظاهرة اللجلجة هي أولى المحاولات لفهم هذه الظاهرة؛ حيث أرجعها إلى التفكير بطريقة أسرع من الكلام. ومن هنا نجده يعرف اللجلجة بأنها "فقدان القدرة على الاستمرار في الحديث".

أما في القرن الثامن عشر فقد عرفها "ميندلسون" Mendelson بأنها اضطراب نفسي المنشأ، وليس له أي أساس عضوي خاص بأعضاء الكلام. وفي القرن التاسع عشر، عرف "جونز هنت" Jones Hunt اللجلجة بأنها "اضطراب يرجع إلى تداخل شعوري في عملية النطق والكلام – التي يراها من وجهة نظره – تتم بصورة آلية. وتتابعت تعريفات اللجلجة في النصف الثاني من القرن العشرين الماضي؛ فنجد أن هناك تعريفات تنظر إلى اللجلجة على أنها اضطراب في إيقاع الكلام، وتوقف متقطع في الكلام، وأنها تكرار تشنجي لحرف ما.

واللجلجة أما أن تكون أولية Primary Stuttering فتكون اضطراباً في نطق الكلمات يظهر في شكل تقلصات تشنجية تعوق عمل جهاز الكلام، ولا يكون لدى الفرد إدراك أو وعي باضطراب كلامه، أو أن تكون لجلجة ثانوية Secondary Stuttering تتضمن وعي المتلجلج بأنه يتلجلج، ووعيه بأن الآخرين يعلمون ذلك، ومن ثم يكون الفرد في حالة خوف، وترقب من حدوث اللجلجة، وهذا الخوف بدوره يزيد من احتمال لجلجته، وعندما يتلجلج تظهر عليه بوضوح بعض اللزمات الحركية (سهير أمين، ٢٠٠٢).

ويقصد باللجلجة الاضطراب في إيقاع الكلام، وطلاقته يصاحبه توقف Tonic أو تكرار Clonic، أو الإطالة Prolongotion في الأصوات، أو الحروف، أو الكلمات. وقد يأخذ هذا الاضطراب الإيقاعي شكلاً تشنجياً في عملية تشكيل أصوات الحروف، فتخرج بصعوبة ومجاهدة بالغتين (طلعت منصور، ١٩٦٧: ٧). واللجلجة من منظور نشوئي، يمكن تعريفها في ضوء تتابع أربع مراحل: في المرحلتين الأوليين، يتدهور ويتفاقم اضطراب الكلام دون أن يسبقه أو يصاحبه أية اضطرابات في الشخصية. في المرحلتين الأخريين، يكون المتلجلج مدركاً أنه يختلف عن الآخرين. وأنه يعاني من المرور بخبرات تتسم بالصعوبة في التواصل الاجتماعي Social Communication، وفي هاتين المرحلتين تبدأ الاضطرابات في الشخصية، والسلوك الاجتماعي غير الملائم في الظهور. (Bloodstein,1969).

ويعرف "وليم الخولي" (١٩٧٦: ٤٢١) في موسوعته المختصرة لعلم النفس والطب العقلي اللجلجة بمعنى "الرتة" Stuttere. والرتة هي نوع من التردد والاضطراب في النطق حيث يظل الارت Stutterer يردد حرفاً أو مقطعاً ترديدا غير إرادي، مع عدم القدرة على تجاوزه إلى المقطع التالي ؛ فالرتة حالة تواترية. وشبيه بالرتة الاعتقال Stammering ولكنه حالة توترية يعتقل فيها اللسان ؛ فيكاد يعجز عن إخراج المقطع إطلاقاً. وتوجد الرته والاعتقال معاً في أغلب الحالات؛ حتى جرى كثير من الكتاب على استخدام أحد اللفظين للدلالة على الاثنين معاً، وهى ما يسمى بالعامية (تهتهة).

واللجلجة "اختلال يتميز باضطراب في إيقاع الكلام ويتضمن نطقاً تشنجياً"، (Swinn, 1970)، وهي "اضطراب في إيقاع الكلام بسبب ما يحدث من تقطع في انسياب الكلام بتكرار أو إطالة في حروف أو مقاطع الكلمة، أو توقف، أو بسبب ردود فعل تستند إلى المجاهدة والإحجام" (Van Ripper,1972). وهي "استجابة توقعية وترقبية وإحجامية مفرطة في التوتر، ويتلجلج الفرد عندما يتوقع حدوث اللجلجة، ومن ثم يخشاها ويرهبها، فيصبح متوتراً لتوقع حدوثها بين لحظة وأخرى" (Johnson,1974).

واللجلجة "سلوك يتضمن مجموعة معقدة من الاستجابات المعرفية الانفعالية والسلوكية الحركية، وهي استجابات يتعلمها، ويكتسبها المتكلم من خلال مواجهة مواقف، وذلك في سعيه لتجنب بعض المواقف الأخرى لتصحيح إدراكه لأوجه النقص في مفهومه عن ذاته" (Sheehan,1976). وهي عبارة عن "توتر عضلي مفرط زائد في الفكين، والفم، والأجزاء التي تتصل بشكل مباشر بعملية إخراج الكلام"(Lanyon, 1976:96). واللجلجة "اضطراب في النطق سببه نفسي، قد يكون لقلق الوالدين الشديد على الطفل، وقد يكون نتيجة عدوان معطل، وقمع شديد، أو صدمة انفعالية، أو خوف" (الحفني، ١٩٧٨: ٣٣٥-٣٣٦).

ولم تتوقف محاولات تعريف ظاهرة اللجلجة طوال عقد الثمانينات من القرن العشرين المنصرم، فنجد من يعرفها بأنها "انحراف في الكلام لدرجة تلفت انتباه

المستمع، وتؤثر تأثيراً سيئاً على المتكلم والمستمع على السواء؛ وذلك بسبب تقطع الكلام العادي، نظراً لحدوث تكرارات لا إرادية للحروف أو للكلمات، أو حدوث إطالة لحروف الكلمات، أو التوقف اللاإرادي عن الكلام"(Espir&Rose,1983). واللجلجة عبارة عن " اضطراب يصيب طلاقة الكلام المسترسل، وتكون العثرات في صورة تكرار أو إطالة أو وقفة صمت، أو إدخال بعض المقاطع والكلمات التي لا تحمل علاقة بالنص لملء الفراغات " (إيناس عبد الفتاح،٢٠٠٢ :٢١).

ويفرق "جمعة يوسف" (١٩٩٠ :١٨٢) بين اللجلجة Stuttering والتلعثم Stammering فاللجلجة "هي إعاقة الكلام، حيث تعوق تدفق الكلام بالتردد وبتكرار سريع لعناصر الكلام، وبتشنجات عضلات التنفس أو النطق. أما اللعثمة فهي اضطراب في الكلام يتميز بوقفات تشنجية أو تردد في النطق. ثم يضرب مثالاً للتمييز بين هذين العرضين: من خلال نطق كلمة "محمد".

لجلجة: م م م م محمد (نطق حرف الميم أو الحاء أكثر من مرة).

لعثمة: م توقف حمد (نطق حرف الميم مرة واحدة يليه توقف ثم إكمال الكلمة).

أو توقف ملحوظ محمد (التوقف قبل نطق الكلمة، ثم نطقها في شكل دفعة واحدة).

ويذكر أنه برغم ذلك لا يميز كثير من الباحثين بين هذين العرضين، ويفضلون استخدام اللجلجة كمصطلح عام لوصف هذا الشكل من أشكال الاضطراب. واللجلجة "اضطراب في إيقاع الكلام، وطلاقته ؛ يتميز إما بالتوقف اللاإرادي عن الكلام؛ أو بالتكرار، أو إطالة لحروف الكلمات، ويعاني المتلجلج مجاهدةً لإخراج الكلام؛ مما يؤدي إلى الإحجام عن المواقف التي يتوقع أن يتلجلج فيها" (صفاء حمودة، ١٩٩١ :٣٩).

وفى المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD-10 عرفت منظمة الصحة العالمية (WHO, 1992) اللجلجة بأنها "كلام يتميز بتكرار سريع، أو تطويل في الأصوات أو في المقاطع اللفظية، أو الكلمات، أو بترددات وانقطاعات كثيرة تقطع الانسياب الإيقاعي للكلام. ويعتبر سوء الإيقاعات البسيطة من هذا النوع شائعة جدا

كمرحلة عابرة في الطفولة المبكرة، وكسمة كلامية بسيطة، ولكن دائمة في الطفولة المتأخرة، ولدى البالغين، ويجب أن تصنف الحالة كاضطراب إذا كانت على درجة عالية من الشدة بحيث تعوق طلاقة الكلام وقد تكون هناك حركات مصاحبة في الوجه، أو جزء آخر من الجسم أو كليهما متزامن مع التكرارات أو الإطالات أو الانقطاعات في انسياب الكلام".

أما الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية – المراجعة الرابعة DSM-1V الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) فقد عرف اللجلجة في الكلام بأنها اضطراب في الطلاقة العادية للكلام والتشكيل الزمني له، وتطويله بطريقة غير مناسبة لعمر المريض، وتتألف اللجلجة من واحد أو أكثر من الأعراض التالية: تكرارات الصوت، الإطالات (التطويلات)، الألفاظ المقحمة أثناء إعاقة الكلام، سكتات في الكلام، إبدالات ملحوظة في الكلمة لتفادى التقطع والانسداد والسكوت، ويتداخل الاضطراب مع الأداء الوظيفي الأكاديمي والمهني والاجتماعي للفرد. ولو صاحب ذلك عجز حسي، أو حركي كلامي، فإن الصعوبات تفوق تلك الصعوبات المعتادة للمشكلة، ويختلف مدى اللجلجة فتكون أسوأ في المواقف الضاغطة في الحياة العادية".

واللجلجة هي "تكرارا للأصوات والمقاطع أو الكلمة، وإطالة لها مع تردد وانقطاع يعوق التكلم، فهي اضطراب في إيقاع الكلام، (جابر وكفافى، ١٩٩٥ :٣٧٦٧). وتعرف في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي بأنها "تتمثل في عدم قدرة الفرد على التعبير اللفظي والتلقائي لما يجيش في نفسه، ويتردد في أعماقه، ويتمثل ذلك في احتباسات حادة، وتكرار لبعض المقاطع، وتعويق في النطق، وحشرجة في عملية التنفس، وانقباضات في عضلات الوجه (فرج طه وآخرون، ١٩٩٣ :٦٦٢).

واللجلجة هي اضطراب في طلاقة الكلام يتميز بالتوقف المفاجئ أو التكرار اللاإرادي للأصوات والمقاطع والكلمات أو التوقف تماماً عن الكلام أو إطالة الأصوات والمقاطع، كما تعرف اللجلجة Stuttering وهي معروفة بالتلعثم أو اعتقال

اللسان stammering أيضاً في المملكة المتّحدةِ، بأنها اضطراب في الكلام حيث يعاق تدفق الكلام بالتكرار التقائي وإطالة الأصوات أو المقاطع أو الكلمات أو العبارات. أو بالتوقفات مما يجعل الفرد غير قادر على إنتاج الأصوات الشفوية.

واللجلجة هي "انحباس، أو تكرار، أو إطالة الأصوات، أو الكلمات، أو أشباه الجمل، أو الجمل بحيث يضطر المتكلم إلى التنفس ثانية، أو التوقف بضع ثوان قبل أن يخرج الكلمة، وتتأثر نتيجة لذلك سرعة الكلام وإيقاعه كما يبدو التوتر ظاهراً في الوجه أو غير ذلك من المظاهر الجسمية، وبخاصة أن اللجلجة كثيرا ما تكون مصحوبة بأعراض كثيرة، كالأعراض الثانوية، كإغماض العينين، وفتحهما بشكل لاإرادي وهز الرأس، وتكشير الوجه فضلا عما يعترى الكثيرين من الشد والإكراه العضلي، ومحاولة تجنب اللجلجة عند محاولة الكلام. وتظهر اللجلجة في سن مبكرة في حوالى الشهر الثامن عشر وهو العمر الذي يبدأ فيه الطفل الكلام بأشباه جمل قصيرة، ومع ذلك فإن اللجلجة قد تبدأ في أي عمر حتى السادسة" (راضي الوقفى، ٢٠٠٤:٢٢٤)، وهي أحد اضطرابات طلاقة الكلام، وتتمثل في التكرار غير الطبيعي، أو الإطالة في أصوات الكلام أو الألفاظ؛ كذلك نطق الكلمات بصعوبة شديدة. (كمال سيسالم، ٢٠٠٢ : ٣٦٥). ويعرفها "شحاتة والنجار" (٢٠٠٣:٢٤١) بأنها اضطراب في إيقاع الكلام وطلاقته، يتميز إما بالتوقف اللاارادي عن الكلام، أو بالتكرار، أو إطالة لحروف الكلمات. ويعاني المتلجلج مجاهدة لإخراج الكلام؛ مما يؤدي إلى إحجام المتلجلج عن المواقف التي يتوقع أن يتلجلج فيها. كما هي "اضطراب في طلاقة الكلام يتميز بالتوقف المفاجئ أو التكرار اللاارادي للأصوات والمقاطع والكلمات، أو التوقف تماما عن الكلام، أو إطالة الأصوات والمقاطع" (ويكبيديا الموسوعة الحرة، ٢٠٠٥). وهي "اضطراب في إيقاع الكلام وطلاقته، مما يؤثر على انسياب الكلام؛ يتضمن التكرارات اللاارادية للأصوات، أو الحروف، أو الكلمات، أو إطالتها، أو التوقف اللاإرادي أثناء الكلام. ويصاحب ذلك حركات لا إرادية للرأس، والأطراف، وسلوك التفادي، وردود الأفعال الانفعالية كالخوف والقلق، وانخفاض درجة تقدير الذات لدى المتلجلج" (عبد العزيز سليم، ٢٠٠٤:١٢). كما هي أحد اضطرابات طلاقة

الكلام؛ والتي تتصف بعدم وجود سيولة في خروج المقاطع الأولى من الجمل، مما قد يظهر على شكل وقفات، أو تكرار لمقاطع غير مفهومة، أو أصوات غير مفهومة، وغالباً ما يتزامن مع هذه الوقفات، أو التكرارات، حركات شبه إرادية لبعض أجزاء الجسم (عبد العزيز سليم، ٢٠١١: ١٠٧).

والمتتبع للتعريفات السابقة، والتي أتيح الحصول عليها، وغيرها؛ يمكنه استخلاص نتيجة مؤداها أن للجلجة تعريفات كثيرة جداً يصعب حصرها، وأنه بالرغم من هذه الوفرة لا يوجد تعريف شامل يمكن للباحثين والمهتمين بالمجال أن يتفقوا عليه. والقراءة المتأنية لهذه التعريفات يمكن من خلالها تسجيل بعض الملاحظات على النحو التالي:

١. أن بعض هذه التعريفات أفرطت في تبسيط الظاهرة.
٢. أن بعض التعريفات التي تصدت لتحديد ظاهرة اللجلجة اعتمدت على وعي، أو إدراك المتلجلج لهذا الاضطراب، أو نقص إدراكه له؛ رغم اختلاف المسميات.
٣. أن بعض هذه التعريفات ركزت على تحديد اللجلجة من خلال وصف الكلام بالتكرار.
٤. أن هناك تعريفات تركز على المظاهر الجسمية المصاحبة للجلجة دون غيرها من المظاهر.
٥. أن هناك تعريفات تحدد ظاهرة اللجلجة بالرجوع إلى أسبابها، أو الإشارة إلى شخصية المتلجلج ومفهومه عن ذاته.
٦. أن هناك تعريفات لم تقف عند وصف الظاهرة فحسب، وإنما تعدته إلى بيان أنماط اللجلجة.
٧. أن بعض التعريفات يشير إلى اللجلجة على أنها ظاهرة موقفية، أي تنتاب الفرد في ظل مواقف معينة دون مواقف أخرى.
٨. أن التعريفات – الأكثر حداثة – تصنف وتفصل سلوك اللجلجة بمظاهرها الثلاثة (التوقف– التكرار– الإطالة) باعتبارها تمثل مجاهدة لإخراج الكلام، وإحجاماً عن المواقف المثيرة للقلق لدى المتلجلج.

٩. أن كل التعريفات تكاد تتفق على أن للجلجة مظاهر سلوكية تتركز في التكرار والإطالة، والترديد، كما يصاحبها ردود أفعال انفعالية كالخوف والتوتر.

١٠. أن أعراض اللجلجة - التي تمت الإشارة إليها في سياق بعض التعريفات- قد تختلف كثيراً من متلجلج إلى أخر، بل وتختلف أيضاً لدى المتلجلج الواحد؛ من حين إلى أخر.

نسبة انتشار أو شيوع اللجلجة :

ترى بعض الدراسات أن اللجلجة تؤثر على نسبة ١٪ من مجموع السكان، بينما أشارت دراسات أخرى إلى أن نسبتها تتراوح ما بين ١- ٥٪ من مجموع السكان. وترى بعض الدراسات أن هناك حوالي أكثر من ثلاثة مليون أمريكي يتلجلجون، ويبلغ معدل شيوع اللجلجة بين الأطفال بشكل عام ما بين ٠.٥٪ إلى ١٪ وتصيب اللجلجة الأطفال الذكور أكثر من الإناث إذ تبلغ النسبة ٤ إلى ١ أي في مقابل كل ٤ حالات إصابة بين الذكور يوجد حالة إصابة واحدة فقط للإناث (عبد العزيز سليم، ٢٠١١).

ثالثاً – خصائص اللجلجة:

يمكن النظر إلى خصائص اللجلجة، بصورة عامة بخاصيتين، هما:

١. الخصائص الأولية :

يمكن ملاحظة السلوكيات الأساسية للجلجة بسهولة حيث يتوقف الكلام الطلق بما يتضمن من تكرارات الأصوات، والمقاطع أو الكلمات أو الجمل وفترات صمت وإطالة الأصوات. وهذه المظاهر تختلف في شكلها عن عدم الطلاقة الطبيعية الموجودة لدى كل المتحدثين الطبيعيين، بمعنى أن هذه المظاهر قد تكون موجودة لدى الأشخاص العاديين إلا أنها تدوم بصورة أطول لدى المتلجلجين، حيث تكون هذه المظاهر لدى المتلجلجين بصورة أطول، ويكون التكرار بصورة أكبر، ويبذل الفرد جهداً أكبر لإنتاج الكلام. وتتفاوت اللجلجة أيضاً في النوعية: حيث تميل عدم الطلاقة الطبيعية إلى تكرار الكلمات والجمل أو أجزاء من العبارات. بينما اللجلجة تتميز بالإطالة أو التوقف التام وتكرار جزء من الكلمة. ومن اهم المظاهر الأولية أو الأساسية للجلجة: التكرار Repetition: يحدث التكرار عندما يكرر

الطفل الأصوات أو المقاطع أو الكلمة أو العبارة كما في المثال التالي: ست ست ستوري"st-st-st-story"، والإطالة Prolongations غير الطبيعية للأصوات على سبيل المثال mmmmmmmmilk، والتوقفات Blocks غير المناسبة سواء للأصوات أو الهواء، وهي ترتبط غالباً بتجمد أو تيبس حركة اللسان، أو الشفاه، أو الحبال الصوتية. وتتطور التوقفات فيما بعد وهي ترتبط بتوتر العضلات والمجهود العضلي (عبد العزيز سليم، ٢٠١١).

٢. الخصائص الثانوية :

السلوكيات الثانوية للجلجة غير مرتبطة بإنتاج الكلام وهي سلوكيات متعلمة مع مرور الوقت ترتبط بالسلوكيات الأولية أو الأساسية للجلجة. وتتضمن السلوكيات الثانوية للجلجة؛ الهروب والذي يلجأ إليه المتلجلج لإنهاء فترات اللجلجة. والأمثلة على ذلك كثيرة فقد تتمثل هذه السلوكيات في حركات جسدية كقطع التواصل البصري فجأة، أو حركات متكررة بطرف العين، أو هز الرأس، أو النقر باليد، أو إصدار أصوات غير مفهومة مثل الهمهمة. وفي الكثير من الحالات يتم عمل هذه الأشياء ثم بمرور الوقت تتحول إلى عادة يصعب التخلص منها.

وتشير السلوكيات الثانوية للجلجة إلى استخدام العديد من استراتيجيات التجنب مثل تجنب كلمات معينة أو أشخاص معينين أو مواقف أو أشخاص والتي يشعر من خلالها الفرد بصعوبة. وبعض المتلجلجين قد ينجح بصورة كلية في تجنب المواقف والكلمات بهدف المحافظة على طلاقته الكلامية. ومثل هؤلاء الأفراد عادة ما يعانون من مستويات عالية من القلق والخوف الشديد حتى لدى ذوي عدم الطلاقة الخفيفة (عبد العزيز سليم، ٢٠١١).

هذا وحددت الكتابات المتخصصة في مجال اللجلجة، أربع خصائص تميز ظاهرة اللجلجة؛ يمكن الإشارة إليها بشيء من التفصيل على النحو التالي:

الخاصية الأولى – التكرار Repetition

يقصد بالتكرار؛ تكرار بعض عناصر الكلام؛ كتكرار حرف معين، كأن يكرر الشخص المتلجلج حرف (أ) على سبيل المثال في العبارة التالية: "أأأ أنا أذهب إلى...." وقد يقوم المتلجلج بتكرار مقطع كامل، مثلما يكرر حرفي الفاء والألف

على النحو التالي "فا فا فانله" وإذا كان العنصر المتكرر مجرد حرف، كما سبقت الإشارة، في حرف أ، فإنه يؤدي عادة في مقطع كامل عن طريق إضافة حرف أخر (بالإضافة إلى الحرف الأصلي المراد نطقه) كإضافة حرف (أ) في كلمة "فريق" فتكون كالتالي " فا فا فاريق". وقد يقوم المتلجلج؛ بتكرار كلمة بأكملها، كما في كلمة "لكن" حين يريد أن يقول "لكن انتظر" فيكرر كلمة "لكن لكن لكن إنتظر". وحتى العبارة أو الجملة بأكملها قد تتكرر في كلام المتلجلج مثل: "دع دعني دعني دعني أرى". ولكن تكرار مثل هذه العبارات، أو الجمل، يكون في العادة، تكراراً تتابعياً آلياً automatic sequence، كما يحدث في حال تكرار الكلمات.

وهناك خمس سمات، تميز عملية التكرار، أشارت إليها "صفاء حمودة" (٤٢-٤٣:١٩٩١) على الوجه التالي:

أولها – خاصية العمومية، بمعنى أن عملية التكرار يلاحظ وجودها دون استثناء في كافة كلام جميع المتلجلجين، وأن التكرار يحدث في مقطع واحد، أو ما يسمى تكراراً في جزء من الكلمة بنسبة ١٢٪ تقريباً من كلام الأفراد غير المتلجلجين، ولكن هذه النسبة قد تصل إلى حوالي ٦٣٪ في كلام الأفراد المتلجلجين. ويشير "ستارك ويزر" Starkweather إلى أن التكرار قد يكون سريعاً كما قد يكون بطيئاً. وأن المتلجلجين من الأطفال الصغار يميلون إلى تكرار الحروف أو المقاطع بمعدل أبطأ من الأفراد الذين يعانون من اللجلجة لفترات زمنية طويلة. وأنه ليس بالضرورة أن يعزى معدل سرعة التكرارات لدى المتلجلجين الكبار إلى أن تراكيب الكلام سريعة الحركة؛ فقد يعزى أيضاً إسقاط بعض الحروف المتكررة (ستارك ويزر Starkweather 1983: 354)

ثانيها – أنه مع استمرار الخاصية الأولى - أي العمومية- فإن شفتي المتلجلج تظل متوترة ومضمومة Closed عند نطق الحروف أو المقاطع، والكلمات. في حين يظل الفك الأسفل يهتز ويرتعش إلى أعلى وإلى أسفل، وعند هذه الحالة؛ لا تزيد اللجلجة عن كونها تكرارا، ولكن مع إطالة صامتة لحرف "أ".

ثالثها – اختلاف وتباين طول التكرارات من حالة لأخرى، فالمتكلم العادي قد يكرر العنصر الذي يحدث فيها التكرار مرة واحدة، ونادراً ما يتكرر نطق هذا العنصر مرتين أو ثلاث مرات. أما الفرد المتلجلج فيقوم بتكرار عنصرين مرتين أو ثلاث، ونادرا ما يزيد التكرار عن المرات الثلاث، ويستغرق زمناً قدره أكثر من ثانيتين ونصف في المتوسط؛ إلا أن هذا لا يمنع وجود تكرارات طويلة جداً لدى بعض المتلجلجين من آن لآخر.

رابعها – نمطية التكرار؛ ذلك أن التكرار قد يكون في جزء من الكلمة Part-Word أو في كل كلمة The Whole Word، أو في العبارة Phrase؛ فعادة ما يكون التكرار في بداية تكوين الكلمة، وغالباً ما يكون تكرارا لجزء من الكلمة في بداية تلك الكلمة، أي في الجزء الأول من المقطع من الكلمة. كما تجدد الإشارة إلى أنه يمكن أن تتكرر "كلمة" أو "عبارة" بأكملها؛ وعندئذ يكون التكرار عادة في أول الفقرة أو في أول الجملة. ومن بين أكثر ما يعانيه المتلجلجون، أنهم يجدون مشقة في البدء getting started، فإذا ما انطلقوا مرة كان من السهل عليهم عندئذ الاستمرار في الحديث إلى حد ما، ومما يجدر ذكره، أن نمط التكرار يعتمد - بدرجة كبيرة – على سن المتلجلج، فالمتلجلجون الصغار أكثر عرضة لتكرار وحدات كبيرة كالكلمات، أو العبارات، في حين نجد أن المتلجلجين الأكبر سناً قليلاً؛ يميلون إلى تكرار المقاطع والحروف أكثر من الميل إلى تكرار الكلمات الكاملة.

خامسها – أن التكرارات تحدث بصورة لا إرادية Involuntry، وأن المتلجلجين يشعرون أثناء التكرار كما لو كانت أفواههم في حال يتعذر معها السيطرة عليها. وأن الكلمات تندفع منهم، رغماً عنهم بسرعة، أو أن كلماتهم تخرج مرتعشة. وقد يرون أنه بإمكانهم إيقاف التكرار، بالتوقف عن محاولة نطق الكلمة فقط ؛ لأن التوقف هو الاختيار الوحيد المتاح لهم.

ويتعين القول – بوجه عام – أن المتلجلجين يشعرون بكراهية شديدة تجاه عملية التكرار؛ ذلك أنها تشعرهم بعجزهم عن النطق، وأن التكرار انحراف عن الكلام

بطريقة غير سوية، فيصبح المتلجلج مثاراً للسخرية نتيجة لهذا النمط الشاذ من السلوك الكلامي.

الخاصية الثانية – الإطالة Prolongation

الإطالة هي محاولة من جانب المتلجلج لإطالة نطق المقاطع والكلمات للخروج من مأزق التلجلج أثناء الكلام. ويمكن أن يضاف إلى الإطالة – كخاصية من الخصائص المميزة للجلجة – إدخال حرف، أو صوت غريب، أو دخيل على الكلمة؛ ويستهدف المتلجلج من وراء ذلك استهلاك الوقت؛ وذلك عن طريق الإطالة في أي حرف من الحروف.

وتعد إطالة الصوت شكلاً مهماً من أشكال اللجلجة، حيث أنه من النادر وجوده في كلام غير المتلجلجين. حيث يؤكد بيتش وفرانسيللا (Beach & Fransella, 1968) أن الإطالات تعتبر شائعة جداً بين المتلجلجين وذات دلالة تشخيصية مقبولة، وذلك بسبب قلة حدوثها بين الأفراد ذوى الطلاقة اللفظية.

ويذكر كل من "بيتش وفرانسيللا" أنه من الملفت للنظر أن الأفراد غير المتلجلجين يميلون إلى إظهار هذا النوع من الاستجابات الكلامية (الإطالات) تحت ظروف التغذية الراجعة السمعية المتأخرة delayed auditory feedback. وتفترض تلك الملاحظة أن الاضطرابات الكلامية التي تنتج تحت ظروف التغذية الراجعة السمعية تختلف عن الاضطرابات الموجودة لدى المتلجلجين مثل التردد والتكرار، بالإضافة إلى أن الآليات المرتبطة بإنتاج الإطالات سواء بواسطة التغذية الراجعة السمعية أو في اللجلجة، تعتبر مختلفة، (Beach & Fransella, 1986: 70)

وتذكر "سهير شاش" (٢٠٠٧: ١٤٥) أن الإطالات يشعر فيها المتلجلج أن الكلام قد انحشر بطريقة أو بأخرى. ويشعر المتلجلج أنه لا يمكنه إنهاء الصوت والانتقال إلى صوت آخر، كأن يقول: جاااى؛ وبدلاً من أن يقول "سبعة" نجده يقولها "س س س س سبعة؛ أو يقول إسسسسمى "، وبالنسبة لبعض المتلجلجين، فإن هذه الإطالات قد تبدو أنها تدوم لساعات طويلة، برغم كونها لا تستغرق إلا جزءاً بسيطاً من الثانية.

ويضيف "إدوارد كونتر" (Conture, 1988: 164) إن الإطالات غالبا ما تكون مرتبطة بالمراحل المتقدمة من اللجلجة، أما في مراحلها المبكرة فغالباً ما ينتج الطفل تكرارات صوتية. كما أنه من الأشياء المعروفة لدى أخصائي الكلام أن اللجلجة إذا تركت، فسوف تتطور من سيء إلى أسواء (أي من تكرارات صوتية ومقاطع إلى إطالات صوتية) ولذلك فهم يفضلون التعامل مع الأطفال ذوي التكرارات الصوتية والمقطعية؛ حيث تبدو المشكلة لا تزال في مراحلها الأولى والمبكرة، ومن ثم فإن العلاج في هذه الحالة سوف يكون أسرع وبنسب شفاء عالية.

وإذا وضعت الإطالة والتكرار جنباً إلى جنب؛ فإنهما معاً يستمران حوالي ثانية واحدة ويحدثان بشكل إرادي؛ كما أن بعض المتلجلجين يقومون بمد الحروف بطريقة إرادية ليمنعوا تكرارها، أو ليهربوا من تكرارها، ذلك أنهم يفضلون أن ينطقوا كلمة "لجلجة" باللجوء إلى التكرار فتخرج من أفواههم "لـ لـ لـ لجلجة" على أن ينطقوا باللجوء إلى الإطالة فتخرج من أفوههم "لــ لــ لــ لجلجة".

تحدث الإطالات لدى الطفل الصغير المتلجلج بطريقة نمطية عادةً بعد حدوث التكرارات، كما أنه في أثناء تطور حالة اللجلجة تحدث تغيرات عديدة في أشكال إطالة الحروف، وقد يظهر المتلجلج توتراً متزايداً في التركيبات الكلامية مصحوبة أو غير مصحوبة بارتعاش، وقد يسبق أو يلي هذه الإطالات تكراراً لنفس الحروف كالتالي لـ لـ لـ لـ لجلجة، وقد تكون هذه الإطالات وهذه التكرارات عبارة عن تزايد أو تناقص في تدفق الهواء من الحنجرة وإليها. وهذا بدوره قد يفضي إلى ارتفاع متزايد أو انخفاض يتناقص في طبقة الصوت المصاحبة للحرف الذي ينطقه المتلجلج.

الخاصية الثالثة – التوقف Blockage

وهي خاصية توصف في الكتابات المتخصصة بأنها تسبب إحباطاً لكل من المتكلم والسامع. وهي ذات صلة بالتوقفات الصامتة Silent Blocks ويظهر من خلالها عجز المتلجلج عن إصدار أي صوت على الإطلاق؛ برغم الجهد العنيف الذي يبذله.

ويتضمن التوقف أو الامتناع عن الكلام للحظة – انغلاقاً في مكان ما بالحبال Vocal tract – مع توقف وجمود الآلية للكلام speech mechanism، بالإضافة إلى حدوث ضغط مستمر من جانب الهواء الموجود خلف منطقة الإعاقة؛ مصحوباً بتوتر عضلي في هذه المنطقة من جهاز الكلام. وقد تطول مرة التوقف أو تقصر تبعاً لشدة الاضطراب، وبالتالي يتناقص أو يتزايد التوتر العضلي.

ويشير بعض الباحثين إلى أن بعض المتلجلجين لا يحدث لهم تكراراً أو إطالات، ولكن ما يحدث هو الإعاقة والتوقف التام لكلامهم، ويبدو التوقف في فترة صمت، أو صعوبة عند خروج الصوت، فيبدون وكأن أفواههم ملتصقة، ويسمي البعض خاصية التوقف: بالتوقف اللاإرادي أو الإعاقة، أو اعتراض سبيل خروج الكلام أو اعتقال اللسان، ويذكر بعض هؤلاء المتلجلجين أنهم يشعرون بأن ألسنتهم ملتصقة بسقف حلقهم؛ أو كأن الهواء محبوس في حنجرتهم. ويبدو ذلك في نطق حرف من حروف الكلمة، ثم يحدث توقف، بعده تخرج بقية الحروف بصورة انفجارية. فعلى سبيل المثال، تنطق كلمة محمد على النحو التالي: "م (توقف) حمد" وتصبح هذه الأعراض شبه راسخة لدى المتلجلج، وقد يألفها، كما قد يحدث توقف ملحوظ قبل نطق الكلمة، ثم نطقها دفعة واحدة (عبد العزيز سليم، ٢٠١١).

وقد يحدث التوقف عن الكلام في أي مرحلة من مراحل النطق؛ بما في ذلك مرحلة مرور الهواء من فتحة المزمار. ويصف المتلجلجون عملية التوقف عن الكلام بأنها توقفات لا إرادية وبغيضة إلى نفوسهم، وبعض التوقفات قد تصاحب بارتعاش في العضلات، أو بعدم القدرة على مواصلة الكلام. ومع تفاقم هذا الاضطراب، فإن التوقفات قد تطول أو تقصر في مدتها، كما قد يتناقص أو يتزايد التوتر العضلي المصاحب لها، كما قد يقوم المتلجلجون بتأدية بعض السلوكيات التي تساعدهم على التغلب على هذا التوقف مثل التعبير بهذه مفاجئة للرأس، أو للذراعين، ويطلق على هذه الأنماط من السلوك: مصاحبات التوقف" (Starkweather, 1983: 356)

ويمكن القول أن ظاهرة التوقفات الكلامية، قد جذبت الاهتمام بتنفس المصابين باللجلجة، ومن ثم عكف المعالجون على دراسة أعراض التنفس لديهم، ولاحظوا أن

عملية التنفس لدى المتلجلجين تتم بطريقة مختلفة حيث تؤثر مجموعة من الأشكال التكوينية للتنفس الصدري في إعاقة تدفق الحديث لديهم. وافترض كل من "كلودا وكوبر" أن التوقفات أو الإعاقات الكلامية تحدث خاصة في الكلمات المشددة Stress words، ويبدو أن هذا الافتراض يمكن قبوله؛ حيث أن الكلمات المشددة تتطلب جهداً أكبر في نطقها في حال مقارنتها بنطق الكلمات غير المشددة.

ومن المعروف أن اللجلجة تحدث – بصفة خاصة – في الكلمات التي يتم التركيز عليها من جانب المتكلم، والتي يكررها بشكل واضح؛ ويبدو أن السبب في أن الفرد يتلجلج في الكلمات المشددة يرجع إلى أن هذه الكلمات تكون أكثر وضوحاً في النطق في حال مقارنتها بالكلمات غير المشددة (Klouda and Cooper; 1988:4). وفي هذا الصدد يذكر "فرنسيس فريما" أن حوالى ٩٠٪ من التوقفات الكلامية لدى المتلجلجين يتعلق بالصوت الأول Initial Sound من الكلمة، وعندما يحدث توقف داخل كلمة متعددة المقاطع Polysyllalic word فإنها عادة ما ترتبط بالصوت الأول من المقطع المبتور المضغوط (Streed Syllable, Freema, F. 1982: 679).

الخاصية الرابعة: الملامح الثانوية Secondary features

هي سلوكيات تظهر على نحو لاإرادي، منها على سبيل المثال، حدوث ارتعاش tremor يأخذ شكلاً أساسياً في كلام المتلجلجين، وهذه الارتعاشات التي تصيب العضلات تحدث بمعدل يتراوح ما بين سبع إلى تسع ارتعاشات في الثانية الواحدة. وتحدث بصفة خاصة في منطقة الفكين، ويستخدمها المتلجلج – عادة – لغلق وفتح موضع النطق أي الفم. وتستمر هذه الارتعاشات لفترة زمنية قصيرة، لكنها على قصر مدتها الزمنية، تكون لحظات مشبعة بالتوتر.

ويصف "ميريل مورلي" من خلال ممارسته لعلاج مرضى اللجلجة بعض المظاهر التي تبدو على وجه المتلجلج أثناء الكلام، منها رفع الكفين وتحريك الذراعين، واحمرار الوجه والعنق، ثم يتبع هذا إطلاق عدة كلمات (Marley, M. 1972:432)، ويلخص "جان جورج" ملامح المتلجلج الارتعاشية في الضغط على الشفتين، وفتح العينين، وإغماضهما لا إرادياً، ومد اللسان، وحدوث تكشيرا بالوجه، وتقطيب للجبين،

واضطراب شديد في عمليتي الشهيق والزفير، والميل بالرأس إلى الخلف وحركات الذراعين. (Jane Gorg, 1974: 124). وتذكر "سهير أمين" (٢٠٠٥، ١٢١-١٢٢) أن محاولات الكلام لدى المتلجلج أحياناً ما ترتبط بفم مفتوح على آخره، وبروز سريع، وارتداد للسان يرتبط بانقباض في التنفس Respiratory، والذي يسبب شعوراً بالاختناق، ويكاد التوتر يبدو على الجسم كله مع حركات أمامية وخلفية تشبه الرقص، وأحياناً أخرى يكون الانقباض عبارة عن توقف كامل وإعاقة تامة في إخراج الصوت؛ مع ظهور صوت حنجري طويل أثناء التنفس، ثم يتبع ذلك نطق عدة كلمات عند الزفير.

ويذكر كل من "بيتش وفرانسيللا" أن هذه المظاهر غير السوية للنشاط الحركي تمثل مصدراً لمتاعب المتلجلج شأنها شأن مشكلة الكلام ذاتها، حيث أن هذه المظاهر كما هو ملاحظ ترتبط بعضلات الوجه والبدن، وأوصال الفرد في حركة مبالغ فيها، وعندما يحدث هذا الاضطراب الحركي يكون عادة مرتبطاً بلحظات صعوبة الكلام. وكلاً من المعالج والمريض يميلان إلى اعتبار هذا الاضطراب الحركي أمراً ثانوياً يظهر كنتيجة لمحاولات نشطة من جانب المتلجلج للتغلب على عدم الطلاقة. ولكن عندما يتضح أن هذا النشاط الحركي غير ناجح في ضمان عدم التحرر من التوقف لكنه يصبح مرتبطاً بشكل حتمي بالتحرر عن طريق الاعتماد على وضعه المؤقت في التتابع للتحرر من التوقف، ولذلك يصبح جزءاً دائماً في عقدة اللجلجة. وفي مرحلة ما يظهر بوضوح أن المتلجلج فقد تحكمه الإرادي على هذا النشاط الحركي، والذي تم تصميمه، وتهيئته ليساعد في التغلب على مشكلته (Beech & Fransella, 1988: 9).

كذلك من الملامح الثانوية التي تبدو على المتلجلج أثناء الكلام؛ ما يشير إليه "إدوارد كونتر" بدرجة التواصل عن طريق التقاء عيني المتلجلج بعيني المستمع؛ إذ يعتبرها "كونتر" مؤشراً" لتحديد مدى إدراك الطفل الذاتي لاضطرابه الكلامي. وأن الطفل الذي يتحاشى النظر في عيني المستمع لمدة تصل إلى ٥٠٪ أو أكثر من وقت المحادثة هو طفل أصبح على وعي كامل بإعاقته اللفظية، وأن كلامه يختلف

عن كلام الآخرين. بالإضافة إلى أن تلك الملامح التي تبدو على المتلجلج من حركات بدنية أو التي تظهر على وجهه يمكن النظر إليها على أنها بمثابة رد فعل للإعاقات والتوقفات الكلامية، وهي تعطي انطباعاً عن مدى الجهد الذي يبذله المتلجلج أثناء الكلام، وأن استخدام المتلجلج لبعض المترادفات أو الإسهاب هو بغرض تجنب بعض كلمات يخشاها، ويتوقع اللجلجة فيها.

أما عن موضع اللجلجة - المكان الذي يتكرر ملاحظة اللجلجة فيه في تتابع الكلام – فنجد أن الاضطراب لا يسير على وتيرة واحدة ، فقد تظهر اللجلجة في أصوات الكلمة الأولى للعبارة أو الجملة ، وقد يتم تكرار الكلمة الأولى أو الكلمات الأول أكثر من الكلمات الأخيرة للجملة. فعلى سبيل المثال نجد الشخص المتلجلج يقول: أنا أنا أنا مسافر ، ولا نسمعه يقول مثلاً أنا مسافر مسافر مسافر ، كما نجد هذا التكرار في المقاطع الأولى من الكلمة أكثر تكراراً من المواقع الأخيرة منها.وتحدث اللجلجة كثيراً في الأصوات الساكنة أكثر من الأصوات المتحركة على الرغم من أن أغلب المتلجلجين يعانون من اللجلجة في الأصوات المتحركة ، كما أنهم يواجهون صعوبة في الكلمات الطويلة أكثر من الكلمات القصيرة ، وتكون الكلمات الأكثر تكراراً أقل استخداماً لدي المتلجلجين من الكلمات الأقل تكراراً. كما أن الكلمات الأطول هي الأقل استخداماً ؛ وذلك لأنها هي الأصعب في النطق ، وبالتالي تكثر فيها اللجلجة.

رابعاً – النظريات المفسرة للجلجة:

تمهيد:

لا يعرف على وجه التحديد السبب المباشر أو الرئيسي لإعاقة أو اضطراب اللجلجة. ومع ذلك يعتقد بعض الباحثين بوجود سبب بدني (جسمي) خاص بتكوين أجهزة وعضلات إنتاج الكلام، كما يشير البعض إلى أن اضطراب أو إعاقة اللجلجة ربما ترتبط بشكل مباشر بوجود خلل تكويني في الجهاز العصبي. وإحدى الفرضيات التي حاولت تفسير حدوث اللجلجة كانت ترى أن اللجلجة اضطراب عصبي المنشأ، وهذا النوع من اللجلجة يحدث للكبار بعد المرور بمرض أو صدمة. وللجلجة جوانب سلبية حيث لا تسمح للفرد بان يتواصل مع الآخرين بطلاقة.

وعندما يعاني الفرد من مشكلة اللجلجة نجد انه يعاني من مصاحبات ثانوية لهذه المشكلة أيضاً – يطلق عليها المصاحبات/ الخصائص الثانوية – مثل تكرار حركة رمش العين، الطرق بقبضة اليد، إحداث ضوضاء وغير ذلك من المظاهر. وقد قال فان رايبر ذات مرة: " إن أكثر جوانب هذه الإعاقة ظهوراً هي الجوانب الثانوية". وقد فهمت أكثر بكثير من ذلك عندما حاولت فهم هذه الإعاقة. وتزداد الخصائص الثانوية ظهوراً لأن الفرد يكافح من أجل قول شيء ما كما قد يرمش الفرد بعيونه حتى تخرج الكلمات. ثم يربطون بين رمش حركة رموش العين وخروج الكلمات. كما أنهم قد يضيفون حرك الرأس إلى حركة العيون أو النقر لعمل ضوضاء. كل هذه الأفعال تجعل هذا الاضطراب أسوأ بكثير عندما تجتمع.

ويمكن القول إن هناك العديد من العلماء يرون أن هناك عوامل كثيرة للجلجة منها:

١. العوامل الجينية: حيث تشير التقارير إلى أن حوالي ٦٠٪ من المتلجلجين ينحدرون من عائلات بها أفراد متلجلجين.

٢. مشكلات الكلام واللغة والتأخر النمائي بصفة عامة.

٣. الاختلاف في معالجة الدماغ للغة: فالأفراد المتلجلجون يتم معالجة اللغة لديهم في مناطق مختلفة من الدماغ. وتوجد مشكلة في طريقة الدماغ في معالجة هذه المعلومات. وكذلك في تفاعل الرسائل مع العضلات وأجزاء أخرى من الجسم المطلوبة لإنتاج الكلام.

ولما كانت اللجلجة تعكس اضطراباً جسمياً نفسياً يمس أسلوب التواصل بين الفرد والآخر فإننا نجد العديد من النظريات التي تناولت اللجلجة من الناحية الجسمية التكوينية، والعديد من النظريات التي يتناولها كسلوك خاطئ تم اكتسابه في ظل ظروف وتحت شروط معينة، والعديد من النظريات تناولتها في ضوء أنها اضطراب ينشأ نتيجة ضغوط بيئية تعرض لها الفرد.

أولاً: النظريات الفسيولوجية المفسرة للجلجة:

تمهيد:

من الناحية التاريخية يمكن القول أنه منذ القدم كان الفلاسفة والأطباء يفكرون في الأسباب العضوية والعصبية للجلجة، والفكرة الأساسية التي تقوم عليها النظريات الفسيولوجية؛ هي أن أحد أجزاء جسم الشخص المتلجلج قد تكون قاصرة أو ناقصة بطريقة أو بأخرى، ووفقاً لهذا فإن اللجلجة لا ترجع إلى عوامل بيئية ولكن إلى نظم وتراكيب عصبية وفسيولوجية أو كلاهما.

كما كان الاعتقاد السائد في الأزمنة التاريخية الأولى أن العديد من أعضاء الجسم المختلفة حتى غير المسئولة عن الكلام ترتبط باللجلجة، وقد كان العلماء والفلاسفة القدامى يؤيدون وجهة النظر هذه، فيعتقد "أرسطو" أن اللسان عندما يكون سميكاً فإن هذا يسبب اللجلجة، في حين يذكر "أبو قراط" (أبو الطب) أن جفاف اللسان هو السبب، أما الطبيب اليوناني "جالين" فيرى أن برودة وبلل اللسان هي المسئولة عن اللجلجة. ولقد أشار "فرنسيس بيكون" أن اللسان المتجمد هو السبب، ولقد أوصى بوضع النبيذ الساخن على اللسان ولم نعرف بعد إن كان هذا علاجاً مقبولاً في زمنه (القرن السابع عشر) أم لا. من ناحية أخرى قدم "جون فردريك بخ" نظرية اللسان السيء، فيعتقد أن اللجلجة ترجع إلى كبر اللسان، والعلاج المباشر والسريع هو الاستئصال الجراحي لأجزاء من اللسان، ومن المعروف أن هذا العلاج كان يستخدم حتى منتصف القرن التاسع عشر(سهير أمين، ٢٠٠٢).

وتركز النظريات العصبية الفسيولوجية الحديثة على البحث المكثف في ميكانيزم الكلام في المخ، فنظراً إلى أن الكلام نشاط منظم بشكل جيد فإن الأعصاب والعضلات والمخ من الضروري أن تعمل بشكل ملائم لإنتاج كلام طلق وطبيعي، ولذا يهتم الباحثون بكل سمات إنتاج وتنظيم الكلام لمعرفة ما إذا كانت التراكيب والوظائف ذات الصلة بعملية الكلام طبيعية أم لا.

والكتابات المتخصصة تشير عادة إلى عدد من النظريات التي تركز على الجانب الفسيولوجي أكثر من غيره من الجوانب الأخرى. وفي هذا الصدد نجدها تشير إلى النظريات الآتية:

(١) نظرية السيطرة المخية:

نظراً إلى أن المخ هو الذي يتحكم في آلية الكلام فهناك اعتقاد بأن اللجلجة ترجع إلى خطأ في تركيب أو وظائف المخ، وقام العديد من الباحثين بدراسة العلاقة بين اللجلجة ووظائف المخ، فاقترح أحدهم أن لدى أغلب المتلجلجين شق واحد من المخ لا يتحكم في اللغة أو تتم معالجة اللغة في الجانب الأيمن من المخ، في حين أن أغلب الناس نجد أن الجانب الأيسر هو المسيطر على الكلام بصرف النظر عن اليد المستخدمة، والجانب الأيمن يسيطر على الأنشطة الموسيقية والأنشطة غير اللفظية، ومن المعلوم أن شقي المخ متطابقين في العديد من الخصائص ولكن الشق الأيسر اكبر قليلاً، ويرجع العلماء ذلك إلى أهمية وتعقيد عملية اللغة والكلام التي يتحكم فيها هذا الجانب (إيهاب الببلاوي، ٢٠٠٦ :٢٨٦). ويذكر "بلودشتاين" أن عدداً قليلاً من الأشخاص يتحكم لديهم الجانب الأيمن في الكلام، وعلى أية حال فإن أحد شقي المخ هو المسيطر على الكلام. ومن ناحية أخرى فإنه لسبب أو لآخر إن لم يسيطر أحد شقي المخ على اللغة فإن كلاهما يحاول أداء هذه الوظيفة بشكل غير متناسق يؤدي إلى اللجلجة (Bloodstein, O. 1982)

وقد قدم هذه النظرية كل من "أورتون وترافيز" (1929) (Orton, S. & Travis) وتعرف بنظرية اللثغة وتشير تلك النظرية إلى أن الطفل لديه ميل فطري للجلجة بسبب سيطرة أحد جانبي المخ على الأنشطة الحركية الخاصة بعملية الكلام، وقد قدمت هذه النظرية عددا كبيراً من البحوث والدراسات حول الشق الجانبي، والتحويل اليدوي من اليد اليمنى لليسرى والعكس، كما قدمت دراسات تخطيط كهربائية للمخ، ودراسات لتخفيف كهربائية عضلات الكلام. كما تقدم هذه النظرية أساليب إدارة كلينيكية تتطلب استخدام برامج مكثفة للأنشطة الحركية – أحادية الجانب.

ومع بداية عقد الثمانيات في القرن العشرين الماضي: قام الباحثون بعمل طرق جديدة لدراسة المخ وإنتاج الكلام مثل طريقة رسام المخ الكهربي الذي يتم من خلاله تسجيل النشاط الكهربي للمخ، وتبين أن المتلجلجين يختلفون عن غير

المتلجلجين، فتتم الأنشطة اللفظية وغير اللفظية في جانب واحد هو الجانب الأيمن، وهذا الجانب يتحكم في اللغة بشكل خاطئ (Moore, W., 1984).

كما أن بعض الخبراء (من خلال التصوير المتحرك بأشعة X لوجه وفم المتلجلج) يؤكدون أن حركات وجه وفم المتلجلج أثناء الكلام أبطأ من الطبيعي، حتى عندما يكون الكلام طلقاً كما وجد أنه لا يوجد تآزر بين حركة الفك والشفتين واللسان وهذه الملاحظات وغيرها تشير إلى أن المخ لا يبدأ ولا ينظم نشاط الكلام بفاعلية وتآزر وهدوء، كما أن هناك احتمال أن يكون الجهاز العصبي لدى من يعانون من اللجلجة غير مستقر في أداء وظائفه (Zimmermann, G., 1980).

ولا تشير الشواهد الموجودة حالياً إلى أن هناك قصوراً عصبياً فسيولوجياً لدى المتلجلجين، وان أي قصور فإنه يكون بسيطاً ويوجد لدى بعضهم فقط، ولم تتمكن البحوث العصبية الفسيولوجية من تحديد أسباب اللجلجة، فعلى سبيل المثال بطء وعدم تناسق حركات الكلام لا يسبب اللجلجة، ولذ فإن العديد من هذه البحوث يصف سلوك أعصاب وعضلات الكلام ولم يوضح السبب الذي يجعلها تعمل على هذا النحو.

(٢) النظرية البيوكيميائية:

في نهاية الخمسينات من القرن العشرين الماضي ذكر "ويست" (West,R., 1958) أنها في الأساس عبارة عن اضطراب تشنجي يرتبط بالصرع ولذلك تبدو اللجلجة في بعض الأحيان عبارة عن نوبات من الممكن أن تحدث بسبب الضغوط الانفعالية وربط " ويست " نظريته باضطراب توازن السكر في الدم الذي لاحظه لدى المتلجلجين في أثناء اللجلجة.

ولذلك يعتقد "ويست" بوجود اضطرابات في عملية الأيض (وهي عمليات الهجم والبناء الخاصة بالتركيب الكيميائي للدم) لدى المتلجلجين؛ ولذلك فهو يعتبر اللجلجة نوعاً من الاضطرابات التشنجية الشبيهة بنوبات الصرع لاشتراكهما في عدة أمور منها:

- أنهما من الأمراض التشنجية.

- أنهما أكثر شيوعاً لدى الذكور منهما لدى الإناث.
- كلاهما يتأثر بالانفعالات الشديدة.
- أهمية العامل الوراثي والأسري بالنسبة لكليهما.
- كلاهما انعكاس للخوف مما يؤدي إلى حدوث الاضطراب.

وتجدد الإشارة هنا إلى أن: هذه النظرية ترتبط بشكل خاص بعدد كبير من بحوث المستوى القاعدي للأيض، وكمية الدم، والارتباطات العصبية الفسيولوجية للجلجة. وفي أواخر السبعينيات من القرن العشرين الماضي ؛ أجريت دراسات أخرى ذات صلة قدمها "بيركينز" وأخرون (Perkins,W.,et al, 1976)، و"أدمز" (Admas,m. 1978)، وقاموا بمناقشة الأحداث الفسيولوجية وديناميكية الهواء التي تحدث عند تحرك الأوتار الصوتية أثناء الكلام، ويرون أن اللجلجة عبارة عن مشكلات في الصوت والتنفس والنطق. وقام كل منهم بشكل منفصل بمناقشة المشكلة من خلال الانتقالات الصوتية التي تجعل من الصعب على من يعاني من اللجلجة أن يبدأ ويستمر في تدفق الهواء، وإخراج صوت يتوافق مع النطق.

وكان " بلودشتين" (Bloodstein, O, 1975) قد قام باستعراض تلك الدراسات، واستنتج أن نتائج هذا النوع من البحوث والدراسات لا تشير بشكل محدد ودقيق إلى أن متوسط الذين يعانون من اللجلجة يظهرون أي مرض إكلينيكي في العوامل التي تمت دراستها، ولم تؤكد على الفروق القليلة التي أوردتها التقارير في توظيف القلب الوعائي ومعدل الأيض والانعكاسات الذاتية المستقلة، وقدرات المخ.

وخلاصة القول أن النظريات التي تحاول تفسير اللجلجة على أساس فسيولوجي (عضوي) قامت على فكرة أن لكل سلوك جانبه الفسيولوجي، وان الاهتمام بالجانب الفسيولوجي لظاهرة اللجلجة كان قد بدأ في جامعه "أيوا " في المعمل الذى أنشأه " ترافيس " Travis ، فتناولوا بالدراسة حركات التنفس، ومعدلات النبض، ومعدلات الأيض، كما اهتم باحثون أخرون في جامعة بنسلفانيا بدراسة العوامل البيوكيميائية للمتلجلجين، بالإضافة إلى دراسة العوامل النيروفسيولوجية، ودراسة

الجهد الكهربي لموجات المخ لدى المتلجلجين، ومقارنته بالجهد الكهربي لموجات المخ لدى غير المتلجلجين. وبالرغم من تعدد الدراسات الفسيولوجية (العضوية) إلا أنها لم تقدم الدليل القاطع على وجود فروق بين المتلجلج وغير المتلجلج.

وبالإضافة إلى ذلك، هناك بعض الدراسات الفسيولوجية التي لم تعتمد في تفسيرها للجلجة على عوامل فسيولوجية عضوية خالصة، وإنما خلطت بينها وبين العوامل النفسية (السيكولوجية) والعوامل البيئية – الاجتماعية (عبد العزيز سليم، ٢٠١١).

(٣) **النظرية التشخيصية** Diagnostic theory.

تعتبر نظرية "جونسون" المعروفة بالنظرية التشخيصية من أهم النظريات التي أكدت في تفسير اللجلجة على الدور الذى تلعبه العوامل البيئية – الاجتماعية.

تحدث اللجلجة من وجهة نظر "جونسون" حين يبدأ تشخيصها، ويقيم "جونسون" الدليل على ذلك بأن كلام الأطفال الصغار الأسوياء يحتوي على الكثير من صور اللاطلاقة اللفظية، وان هذه الصور من اللاطلاقية تختفي تدريجياً أثناء نمو وتطوير المهارة اللفظية، والنمو اللغوي.

ويرى البعض أن هذا النوع من اللاطلاقية في الكلام لا يعيرها الطفل من جانبه أي اهتمام، بيد أن هناك عدداً من الآباء والأمهات يفسر اللاطلاقية السوية في كلام أطفالهم على أنها مؤشر إلى أن الطفل سيبدأ في التلجلج فيما بعد، ونتيجة تعلقهم على أطفالهم، وحرصهم على التخلص من هذه الأخطاء يصححون كلام أطفالهم، أو ينهرونهم، بل قد يعاقبونهم في بعض الأحيان. ومن المتوقع أن يكون لهذا العقاب تأثير سيئ على الأطفال، فيجعلهم على وعي بأخطائهم، ويجعلهم قلقين بشأنها، ومن ثم يتلجلجون.

ومن الحقائق التي تكاد أن تكون ثابته في مجال علم نفس النمو أن بدايات الكلام تعد مرحلة حرجة Critical stage في مراحل نمو أي طفل، ومن ثم فأن هذا القلق بوصفه واقعاً – يعمل على تنشيط السلوك الوسيلي الإحجامي Instrumental avoidance behavior، أي ذلك السلوك الذي يسعى إلى خفض الدافع إلى القلق، وأي سلوك أخر يصاحب هذا السلوك الوسيلي الإحجامي سيؤدي إلى تعزيزه وتدعيمه (Haskell & larr , 1974: 30)

وفي ضوء ذلك يعتبر "جونسون" أن اللجلجة ماهي إلا مجرد مثال لاستجابة الأحجام ضد القلق Avoidance response ؛ بمعنى أنها تعتبر عرضاً لمحاولة تجنب اللاطلاقة اللفظية، ولذلك فقد تكون الاستجابة البديلة لتجنب اللجلجة تمثل محاولة لتجنب النتائج المترتبة على اللاطلاقة اللفظية، أو بمعنى أخر تجنب النتائج المترتبة على الاستنكار من جانب الوالدين (صفاء حمودة، ١٩٩١، ٩١؛ Wischner , 1950, 345)

ومن ناحية أخرى يوافق "بايرن" Byrne على أن هناك عدة عوامل في البيئة الأسرية، تسهم بشكل مباشر في حدوث اللجلجة، ومن هذه العوامل: العقاب، اللوم، من قبل الوالدين تجاه لطفل، ووضعهما لمعايير صارمة على الطفل أن يصل إليهما في الطلاقة اللفظية (Byren, 1984: 5).

ثانياً: النظريات النفسية المفسّرة للجلجة:

(١) اللجلجة في ضوء النظّرية التشخيصية: Diagnostic theory

توصل "جونسون" (Johnson, W., 1961) في تفسير ظاهرة أصل اللجلجة إلى تأكيد مهم من خلال بحوثه بأن كل المتحدثين لا يتكلمون بطلاقة، وأن الوالدين مرتفعي معايير الطلاقة أو الذين لا يعرفون أن جميع الأطفال يظهرون عدم الطلاقة يشخصون اللجلجة في كلامهم الطبيعي مع الطفل الذي يكرر ويقطع ويراجع ويطيل أجزاء الكلام مثل أغلب الأطفال، وأوضح "جونسون" أنه يتم تشخيص كل حالة لجلجة من خلال أحد أو والدي الطفل، فما يشير إليه الرجل العادي بأنه لجلجة يمكن أن يكون بشكل عام عبارة عن التردد والتكرار الذي يميز الكلام الطبيعي لدى صغار الأطفال.

ومن خلال وجهة نظر "جونسون" نجد أن تشخيص الوالدين يخلق بيئة من الاضطراب، فالطفل سرعان ما يتحدث بشكل غير سوي كرد فعل لقلق الوالدين وضغطهم ومساعدتهم ونقدهم وتصحيحهم، وهذا مفاده أن كلاً من الطفل والوالدين يستجيب لفكرة اضطراب الكلام أكثر، من الاستجابة لسلوك كلام الطفل، وأشار "جونسون" أيضاً إلى أن اللجلجة لا تبدأ في فم الطفل ولكن تبدأ في أذن الوالدين.

وهكذا يمكن القول أن نظرية "جونسون" قدمت – وهي بصدد تفسير للجلجة –فرضاً محورياً هو أن الأطفال المتلجلجين لا يُظهرون خللاً في الطلاقة أكثر من الأطفال غير المتلجلجين، ولكن الشواهد التي قدمها "جونسون" وأخرون Johnson, W., et al تختلف حول هذا الغرض (Bloodstein, 1987)، ووجد أن أغلب الأطفال والراشدين المتلجلجين أكثر بشكل دال في عدم الطلاقة من غير المتلجلجين، ويقوم الوالدان بتشخيص اللجلجة عندما يكون هناك زيادة في مقدار عدم الطلاقة المصحوبة بتوتر عضلي.

وفي أواسط الثمانينيات من القرن العشرين الماضي قدم "بلودشتاين" (Bloodstein, O., 1984) نظرية الكفاح والمجاهدة، والتي تنظر إلى اللجلجة في حد ذاتها على أنها رد فعل للتوتر وتجزئة الكلام، والطفل قد يكتسب اعتقاد أن الكلام مهمة صعبة لأسباب عديدة، فبعض الأطفال يواجهون مشكلات في اكتساب اللغة بالإضافة إلى ضغوط التواصل تغرس داخل الطفل أن الكلام مهمة صعبة، ولهذا يبدأ الطفل في مواجهة العديد من المشكلات عندما يكون من الضروري التحدث بكلمات معينة، ويبدأ المجاهدة عندما يقولها، ومن الممكن أن يقوم الطفل بتجزئة الكلمة حتى تصبح بسيطة، وسواء كان قادرة أو غير قادر على إنتاج الكلمة ككل فأنه يجزئها بسبب اعتقاده أنه من الصعب إنتاج الكلمة ككل.

وتتفق نظرية "بلودشتين" مع العديد من الملاحظات عن اللجلجة وعلى أية حال فإننا في حاجة لمزيد من البحوث لفهم كيف يعتقد الطفل أن الكلام مهمة صعبة؛ ولدى العديد من المتلجلجين وجد أن مشكلات التواصل التي تغرس مثل هذا الاعتقاد غير موجود.

إننا نعرف أن أباء الأطفال الذين يعانون من اللجلجة في بعض الأحيان يكونوا قلقين، وفي أحيان أخرى يكونوا متعاونين، وروحهم مرتفعة، وعلى أية حال، فإن هناك تساؤل حول دينامية التشخيص الأصلي، وأن هناك تساؤلات مهمة حول ما إذا كان الاهتمام بعدم الطلاقة يؤدي إلى زيادة تكرارها أم لا (Bloodstein,O.1975).

وتشمل نظرية "جونسون" على أفكار تتناول شعور الذين يعانون من اللجلجة باليأس، وأنهم ضحايا لاحول لهم ولا قوة (Williams, D., 1975)، بالإضافة إلى مفهوم اللجلجة على أنه كفاح ونضال متوقع، كما تأثرت هذه النظرية بشكل مباشر بالعلاج المعرفي الذي يركز على المعتقدات الخاطئة عن ضبط الذات وتعديل اللجلجة (Rubin, H. & Culatta, R. 1971).

(٢) اللجلجة في ضوء نظرية التحليل النفسي:

ينظر علماء النفس الذين ينتمون إلى المدرسة السيكودينامية Psychodynamic إلى ظاهرة اللجلجة نفس نظريتهم إلى عديد من الظواهر المرضية الأخرى، بمعنى أن تلك الظواهر ما هي إلا عرض دال على وجود صراع واضطراب أكثر عمقاً. ولهذا نجد أن أحد أقطاب التحليل النفسي، وهو "اوتوفينجل"، تعكس وجهة نظره وجهة نظر مدرسة التحليل النفسي في هذا الصدد، فهو يرى أنه يتعين النظر إلى اللجلجة الدائمة Persistent Stuttering على أنها تمثل نوعاً من العصيان التحويلي لتثبيتات قبل تناسلية. Pregential conversion neurosis وهي تلك المرحلة التي تمثل فيها وظيفة الكلام دافعاً غريزياً غير مرغوب فيه (صفاء حمودة، ١٩٩١: ٥٢).

وفقاً لوجهة النظر هذه، يذكر "أوتوفينجل" أن التحليل النفسي لبعض المتلجلجين يفصح عن وجود تعميم سادي شرجي Anal sadistic universe للرغبات، كأساس للعرض المرضي (اللجلجة)، وذلك أن للكلام وظيفة ذات دلالة ساديّة شرجيّة، ويعني الكلام بالنسبة للمتلجلجين – في المقام الأول – إخراج ما هو بذيء The utterance of obscene، وبصفة خاصة على المستوى الشرجي، وأيضاً على مستوى التفوه بالكلمات، كذلك يمثل الكلام بالنسبة لهؤلاء المتلجلجين – في المقام الثاني فعلاً عدائياً An aggressive act موجهاً ضد المستمع (Yastes,1970:115).

كما يرى "فينجل" أيضاً- أن إخراج أو حبس الكلمات ؛ يعني عند المتلجلج إخراج أو حبس البراز، فيرى أن حبس الكلمات – هو بالفعل مثل حبس البراز في مراحل سابقة من النمو، وهو – قد يكون إما إعادة تأمين ضد فقدان محتمل، أو قد يكون نشاطاً ساراً يجلب جنسية ذاتية.

وفى ضوء ما سبق، تمثل اللجلجة – بالنسبة للمتلجلج – بشكل غير مهذبٍ إلى حدٍ ما، وبصورة صريحة، إخراج شبقي (جنسي) Sexualized Defection.

وبالإضافة إلى ذلك فيما يختص باللجلجة، يمكن للمرء أن يتحدث عن إزاحة نحو الداخل، لوظائف عضلة الشرج القابضة، هذا عن وجهة نظر مدرسة التحليل النفسي بالنسبة للجلجة، من حيث هي تعميم سادي شرجي للرغبات، في المقام الأول. أما ما قاله "فينجل" من أن اللجلجة تعني – في المقام الثاني – فعلاً عدائياً موجهاً ضد المستمع، فإن للعداونية هنا وظيفة تؤديها، بمعنى أنها تمثل رغبة في إيذاء الشخص المخاطب، وهي لذلك قد تعتبر شكلاً مزاحاً من أشكال العدوان[1].

(٣) اللجلجة في ضوء النظرية السيكوديناميّة:

اعتبر أصحاب النظرية السيكوديناميّة أن اللجلجة مؤشراً على وجود صراع، أو اضطراب في الشخصية، أو في وجود اتجاهات عدائية لدى المتلجلج، وأن هذا يتضح فيما يكشفه عرض اللجلجة من أنه نتاج صراع بين ميول متناقضة يبدو فيها المتلجلج وكأنه يرغب في أن يقول شيئاً، ومع ذلك فهو في نفس الوقت لا يرغب في أن يقوله؛ أي أنه في حين يميل شعورياً إلى أن يتكلم، نجده أيضاً وبطريقة لا شعورية لا يميل للكلام أو الموضوع الذى سيدور حوله الكلام.

ومعنى كل ما سبق أن أصحاب مدرسة التحليل النفسي يرون أن اللجلجة تعبير خارجي عن الرغبات اللاشعورية التي تهدف إلى إشباع حاجات فمّية أو شرجية، فحركات الفم التي يقوم بها المتلجلج ماهي إلا وسيلة لإشباع أنشطة طفلَيه فمّية، وفي الوقت نفسه لحماية المتلجلج من القلق، واللجلجة أيضاً تعبير عن الميول العدوانية التي يخشى الفرد التعبير عنها، أو ربما هي تعبير عن رغبات لاشعورية مكبوتة تتسم بقدر كبير من العدوانية.

---

[1] عدوان مُزاح Displaced aggression: توجيه الكراهية بعيدًا عن مصدر الإحباط، إلى مصدر آخر، إما أن يكون الذات، أو أن يكون موضوعًا، أو شخصًا آخر – وهذا النمط من العدوان يحدث عندما تحول الظروف دون مهاجمة المصدر الحقيقي أو الأصلي الذي يسبب الإحباط.

وعند هذ المعنى، تصل "صفاء حمودة" (١٩٩١: ٥٤) إلى أنه في ضوء وجهة النظر السيكوديناميّة ترتبط الدلالة السادية المصاحبة للجلجة بسببين قد يزيدان من حدتها:

الأول – أن الفرد يبدأ في اللجلجة عندما يكون متحمساً بشكل خاص لأثبات شيء، وخلف حماسته الظاهرية تختفي نزعه عدوانية، أو سادية لتدمير خصمه بالكلمات.

والثاني – أن اللجلجة في نفس الوقت، تلعب دور الوسيلة المقاومة لتلك العدوانية، أو هي وسيلة لعقاب الذات.

وأما عن عملية تشخيص اللجلجة في ضوء نظرية التحليل النفسي فإن أصحاب هذه النظرية يركزون على عدد من سمات الشخصية والسمات النفسية المختلفة لمن يعاني من اللجلجة وديناميته النفسية، وتوافقه الاجتماعي، واحتياجاته إلى الداخلية، وتشير إلى أن اللجلجة تحتاج إلى تعديل فمي، مثل الحاجه إلى التعديل الشرجي كتعبير علم عن مشاعر العداء، وإخراج مشاعر ووسائل التهديد، مثل الخوف من الخصاء، والعدوان القمعي، وكأداة لجذب الانتباه والتعاطف، وكعذر للفشل. ووفقاً لتلك النظريات تصبح اللجلجة: " حيلة دفاعية متكاملة بشكل جيد ضد بعض الأفكار المهددة "، وعلى أية حال فإن التحليل النفسي والعلاج النفسي التقليدي لمشكلة اللجلجة خصوصاً لدى الراشدين لم تثبت فاعليتها على المدى البعيد.

وفي إطار تلك النظرية قدّم "شيهان" (Sheehan, J., 1958) نظرية صراع الإقدام والإحجام، وقام بتطبيقها على المشكلة اللجلجة، وفي هذه النظرية نجد أن الذي يعاني من اللجلجة يكون متردداً بين الرغبة في عدم الكلام، كما يتردد في الصمت، والرغبة في عدم الصمت، وعندما يكون الدافع على تجنب عدم الكلام أقوى يلجأ للصمت، وعندما يكون الدافع للإقدام على الكلام أقوى يكون طلقاً، وعندما تكون الدوافع متساوية يكون في حالة من الصراع ويتلجلج. كما أشار "شيهان" Sheehan فإن الشخص الذي يعاني من اللجلجة سواء اختار الصمت أو الكلام، فإنه يحصل على تعزيز لاختياره هو الانخفاض الفوري لقلقه.

ولقد أوضحت "سهير أمين" (٢٠٠٠) أن هناك أربعة مستويات من الصراع هي التي تؤثر على اللجلجة وهذه المستويات هي:

١- الصراع المرتبط بمستوى الكلمة: هنا صراع المتلجلج (كرغبة في الكلام ورغبة في الصمت) خاصة مع بعض الكلمات بالذات نتيجة ارتباطها ببعض صعوبات النطق التي سبق المتلجلج من خبراته السابقة.

٢- الصراع المرتبط بالمحتوى الانفعالي:يرتبط الصراع بمضمون أو محتوى الكلام لما يتسبب عنه أحياناً ضغط نفسي يؤثر على المستوى الانفعالي للمتلجلج.

٣- الصراع المرتبط بمستوى العلاقة: يُلاحظ أن الصراع هنا مرتبط بنوعية علاقة المتلجلج بالمستمع، حيث يزداد دافع الإحجام عن الكلام لدى بعض الأفراد دون غيرهم.

٤- الصراع المرتبط بالمواقف التي يتم فيها تقدير المتلجلج إما بالنجاح أو الفشل، نلاحظ أن الضغط النفسي وما يتبعه من قلق وخوف يزداد ويتولد الصراع الذي يحول بين المتلجلج وطلاقة اللسان.

وخلاصة القول أن النظريات التي فسرت اللجلجة على أنها ظاهرة نفسية من حيث أسبابها، فهي تنظر إلى اللجلجة إما على أنها نتيجة تثبيت على مراحل غير ناضجة في النمو الجنسي، أو أنها نتيجة لضغوط نفسية وصراعات تهدد أتزان الفرد؛ فيلجأ إلى حلها عن طريق التنفيس الانفعالي ويجد في ضعف عضلات جهاز الكلام مخرجاً له فتحدث اللجلجة.

(٤) اللجلجة في ضوء النظرية السلوكية (أو النظر إلى اللجلجة كسلوك متعلم):

تتناول المدرسة السلوكية ظاهرة اللجلجة على اعتبار أنها سلوك متعلم ؛ وهذا التعلم يتم من خلال اربع صور للاشتراط التقليدي، والاشتراط الوسيلي، والاشتراط الإحجامي والاشتراط البديلي، تسهم بعضها أو جميعها في إحداث ظاهرة اللجلجة.

ويمكن تناول تصور كل إشراط بشيء من التفصيل على النحو التالي:

△ **الاشتراط التقليدي:**

تشير نظريات الإشراط التقليدي، بالنسبة لظاهرة اللجلجة، إلى أن هناك تدهوراً وقصوراً مشروطاً في طلاقة الكلام يرتبط بقلق المتحدث عن الكلام، ولو حدث هذا فإن الشخص سوف يتلجلج في الظروف المثيرة للقلق، وتصبح اللجلجة مشروطة إشراطاً تقليدياً.

ولذلك ينظر " ولبه " (Wolpe, J., 1985) إلى عملية اللجلجة على أنها عرض من المخاوف الكلامية المشروطة إشراطاً تقليدياً يؤدي بالشخص إلى استخدام الخفض المنظم للحساسية في العلاج، وتشتمل أساليب هذا الخفض المنظم للحساسية في العلاج، وتشتمل أساليب هذا الخفض على الاشتراط المضاد والكف المتبادل، بمعنى أن الشخص الذي يعاني من اللجلجة الذي يتعلم اللجلجة من الممكن أن يتعلم عدم اللجلجة.

وهذا ما أثار بدوره كل من (Brutten, E & Shoemaker. D., 1967) وجعلهما قاما بصياغة نظرية العاملين للجلجة، وأوضحوا أن اضطرابات الكلام التي تحدث بسبب الاستجابة للخوف الذاتي تكون استجابات مشروطة إشراطاً تقليدياً للكلام ولمواقف الكلام وللمستمعين.......وهكذا.

وعلى أية حال فكلاهما يرى أن سلوكيات كلام الذين يعانون من اللجلجة مشروطة إشراطاً إجرائياً، حيث يلجأ الذي يعاني من اللجلجة إلى تلك السلوكيات لتجنب حدوث اللجلجة أو لمسايرة فشل الطلاقة.

لقد تبيَّن أن اللجلجة غالباً ما ترتبط بالقلق، وتشير بعض النظريات إلى أن خفض القلق مكون مهم جداً للعملية الإشراطية التي تؤدي إلى اللجلجة، وترى إحدى تلك النظريات أن وجهة نظر " جونسون" Johnson, W. نحو الذين يعانون من اللجلجة على أنهم يلجأون لمثل هذه السلوكيات لتجنب رد الفعل السلبى للمستمع أو تجنب اللجلجة على أنها جوهر المشكلة، بمعنى أن الذين يعانون من اللجلجة يلجأون إلى الخوف قبل بداية الكلام، وعندما يتحدثون تنخفض تلك المخاوف ببساطة.

وقد اقترحت القليل من النظريات أن اللجلجة سلوك إحجامي مكتسب، فعلى سبيل المثال أشار "وشنير" (Wischner, 1950) أن الطفل بسبب التقييم السلبي المستمر من والديه لعدم طلاقته يبدأ في معايشة قلق الكلام، هذا القلق المشروط بكلمات أو أصوات محددة أو مواقف كلامية يؤدِّي إلى سلوكيات تجنبية، ويطلق عليه اللجلجة، والمشكلة الأساسية في نظر "ويشنير" هي أنه من الصعب توضيح أن الوالدين يتفاعلان بشكل سلبي مع عدم الطلاقة الطبيعية الذي يخلق سلسلة من الأحداث التي تؤدي إلى القلق والتجنب ومن ثم اللجلجة.

△ **الاشتراط الإجرائي:**

لقد ركّزت النظرية الإجرائية للجلجة على بعض التجارب التي أوضحت أن اللجلجة من الممكن أن تزداد تجريبياً بالمعززات وتقل بالعقاب (Bloodteino, O. 1987).

وفي بعض التجارب يستخدم عقوبات لفظية مثل كلمة "لا" وكلمة " خطأ، لخفض تكرار اللجلجة، وبعض الدراسات استخدمت الصدمة الكهربائية وتحت تأثير الصدمة ازدادت اللجلجة لدى البعض وانخفضت لدى البعض، ولم تؤدي إلى تغيير في حالات قليلة وقامت بعض الدراسات باستخدام الضوضاء لخفض اللجلجة. إن اللجلجة مثلها مثل السلوكيات الإجرائية تزداد وتنخفض من خلال تقديم مثيرات مختلفة.

ومع أن تكرار اللجلجة من الممكن أن يتغير بالطرق التجريبية فإننا في حاجة إلى شواهد تدعم افتراض أن اللجلجة سلوك إجرائي ولا يزال من غير الواضح تشكيل وتعزيز سلوكيات اللجلجة، كما أنه من غير الواضح أيضاً كيفية استمرار هذا السلوك المنفر.

وأشار "فلاناجا وأخرون (Flanaga, B., et al., 1958) إلى أن اللجلجة من الممكن أن تنخفض أو تزداد كوظيفة للأثار المترتبة عليها، ومن الممكن على الأقل ضبط بعض السلوكيات الظاهرة للجلجة من خلال الإشراط الإجرائي، وبعد الاعتماد على تلك التجار قام "شيمس" و"شمرك" (Shames, G. & Sherick, C., 1963) بتحليل ومناقشة العديد من الفروض المرتبطة بنظرية جونسون Johnson, W بالاشراط الإجرائي، ووجدوا استمرار بين العمليات الإشراطية الإجرائية في عدم الطلاقة الطبيعية وفي اللجلجة.

وتشير البحوث إلى وجود العديد من العلاجات المعروفة باسم علاجات ضبط المعدل، تلك الأساليب تستخدم التغذية الراجعة السمعية المتأخرة كناقل للتغير في كلام الذين يعانون من اللجلجة.

إن التحليل النظري الذي قدمه "شيمس" و"شريك" قد أدى إلى العديد من العلاجات التي تستخدم أساليب الإشراط الإجرائي مع المقابلات الإكلينيكية.

ولقد أشار "شيمس" وآخرون (Shams, G., et al., 1969) إلى أن المحتوى الخاص بكلام الذين يعانون من اللجلجة في الكلام من الممكن أن يزداد من خلال تعزيز المحتوى بالمدح أو الاستحسان اللفظي، ومن الممكن أن ينخفض من خلال العقاب اللفظي البسيط بعدم الاستحسان.

وهناك من الباحثين من يشير إلى أن اللجلجة تكتسب أو على الأقل تظل وتبقى عن طريق هذا الاشتراط الإجرائي، وأن هذا الاكتساب يعززه العامل الإكلينكي أي المكسب الثانوي Secondary gain، فإذا وجد المتلجلج تعزيزاً لنمط سلوك اللجلجة، فسوف يصبح من الصعب عليه أن يغيره.

وهناك عدة طرق لتعزيز سلوك اللجلجة، تتلخص في أشكال الاهتمام الاجتماعي، ليس فقط الاهتمام الوالدي، ولكن نجد أيضاً اهتمام الأقران، فقد يشعر بعض المتلجلجين أن لجلجتهم تجعلهم أكثر أهمية، وأكثر جاذبية، وقد يستخدمها البعض الآخر لينالوا ما يريدون؛ حتى على الرغم من تعرضهم أحياناً للسخرية، إلا أنهم قد يقيمون وزناً أكبر لما يحصلون عليه من مكاسب ثانوية.

الاشتراط الإحجامي Avoidance Conditining

يشير العديد من المنظرين السلوكيين إلى أن سلوكيات المجاهدة والمقاطعة، هي محاولة لإخفاء اللجلجة أو تجنبها لتأجيل حدوثها، أو الإقلال من تأثيرها على المستمعين. وحقيقة الأمر أن "الملامح الثانوية" المصاحبة للجلجة، ماهي إلا سلوك مكتسب عن طريق الاشتراط الإحجامي، وبالتالي فإن اللجلجة أو ما يتابعها من سلوكيات غير سارة قد تعمم، فيتكون المثير السالب الذي يتم تجنبه.

وهذا يمكن توضيحه على النحو التالي:

SIRIS

حيث أن S I الإشارات الموقفية

R I الملامح الثانوية

S اللجلجة أو ما يتابعها من سلوكيات سالبة

وبمعنى آخر، فإن المتلجلجين يجدون أنفسهم في مواقف كلامية خاصة (SI) وهم يقومون بواحدة من الملامح الثانوية؛ كأن يأخذوا نفساً عميقاً قبل بدء الكلام (RI)، لأنهم يكونون خائفين من أنهم لو لم يفعلوا ذلك (SI-RI) في تلك الظروف؛ فإن اللجلجة وما يتبعها من سلوكيات غير سارة (S) سوف تحدث بشكل أكثر تنفيراً مما يحدث مع تلك المصاحبات. ويمكن تفسير حدوث اللجلجة مثلما تم تفسير حدوث المصاحبات (الملامح الثانوية) حيث يكون (RI) هي سلوكيات اللجلجة.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن النظرية الموقفية تجسد هذه الفكرة، حيث أن هناك إلمحات أو قرائن Cues ترتبط بصعوبات كلامية سابقة (سواء كانت صعوبة في الطلاقة اللفظية، أو صعوبة في إيجاد الكلمة المناسبة، أو عيوب نطقية أو أية صعوبات كلامية أخرى)، ومن هنا نجد أن المتلجلجين يتوقعون صعوبة عند بدء التكلم ويتخلصون مؤقتاً من الخوف ويجاهدون من أجل أن يتكلموا.

الاشتراط البديلي Vicorious Conditioning

كثيراً ما يكون سبب اللجلجة هو تقليد الطفل لأحد أقاربه، أو أحد من جيرانه أو تقليداً لأحد الضيوف. وهناك عاملان، ربما يكون أحدهما أو كلاهما وراء عامل المحاكاة أو التقليد، ومن ثم ظهور اللجلجة عند الطفل:

الأول – أن رد الفعل السلبي من جانب الآباء والأمهات تجاه صعوبة طلاقة الكلام عند طفلهم ممثلاً في اللامبالاة، أو في أن يكونوا متجهمين، أو في قلة اهتمامهم بالتحدث عنها. كما أن هناك بعضاً آخر من الآباء والأمهات يقومون بلفت نظر الطفل إلى اللجلجة، بأن يذكر كلمة مثل استرخ، إهدأ، أبطء من سرعة كلامك، أو خذ الأمور ببساطة.

وقد يتعلم (يكتسب) الأطفال الخوف بعدة طرق على سبيل المثال عن طريق ملاحظة آبائهم الذين يذكرون لهم أنه لا داعى للخوف من الكلاب، ولكنهم

يقتربون هم من الكلاب بحذر، وعند سماع نباح الكلب، نجدهم يفرون بعيداً عنه. وهذا النوع من التعليمات يعلم الخوف، وليس الثقة، ويأتي بنفس النتيجة مع اللجلجة ذلك أن ما يقوله الطفل ـ سيكون في الحال- معبراً عن اتجاه الآباء نحو صعوبة طلاقة الكلام عند طفلهم. ذلك أن الآباء يريدونه ألا يصبح متلجلجاً، ويجاهدون في تجنب حدوث هذا الأمر بأي شكل.

الثاني – أن الطفل قد يكتسب اتجاها يتسم بالخوف إزاء صعوبة الطلاقة بواسطة الاشتراط البديلي، أو التعويضي؛ الذى يحدث عندما يظهر الآباء هذه الاتجاهات إزاء صعوبة طلاقته، وفي هذا الحال؛ فإن الآباء يكونون متلجلجين، وإذا اكتسب الطفل، رد فعل سلبي بهذه الطريقة، فإن هذا سوف ينعكس، أو يظهر في كلماته، أو في صوته، أو في طريقته في التعبير بالكلمات (صفاء حمودة، ٥٨- ٥٩:١٩٩١).

△ نظرية العاملين:

وهي من نظريات التعليم، وتشير إلى أن عدم الطلاقة بأنواعها لها أسباب مختلفة، ووفقاً لهذه النظرية فإن اللجلجة تعني تكرار جزء من الكلمة وتطويل الصوت، أما عن باقي أشكال عدم الطلاقة مثل التقطيع فهي ليست من اللجلجة. وتشير النظرية أيضاً إلى أن اللجلجة يرجع سببها إلى القلق المشروط إشراطاً تقليدياً وأن باقي أشكال عدم الطلاقة هي سلوكيات إجرائية.

وتشير نظرية العاملين إلى أن المتلجلجين هم من يعايشون القلق في مواقف الكلام، هذا القلق يؤدي إلى عدم الطلاقة مثل تكرار جزء من الكلمة أو تطويل الصوت.

وهناك بعض الشواهد تقول أن تكرار جزء من الكلمة وتطويل الصوت يزداد أو لا يتغير عند الصدمة، الأمر الذي يتبعه القلق، وكما لاحظنا من قبل فإن هناك شواهد بأن كل أنواع عدم الطلاقة تنخفض بالعقاب، والدراسات التي أشارت إلى زيادة في اللجلجة كان أغلبها يستخدم الصدمة الكهربائية، وكان الباحثون يرفضون استخدام الصدمة في التجارب ومع هذا فإننا في حاجة إلى مزيد من البحوث لحل هذا التناقض.(إيهاب الببلاوي، ٢٠٠٦ : ٢٩٦).

(٥) اللجلجة في ضوء النظريات البيئية الاجتماعية:

تشير الكتابات المتخصصة إلى أن اللجلجة تتفاوت بين البيئة من حيث ظهور نسبة المتلجلجين بها، فاللجلجة تظهر بشكل أكثر في البيئات الغربية عنها في البيئات الشرقية، في حين تكاد أن تختفي في الشعوب البدائية ؛ ولعل ذلك يمكن أن يُعزى إلى أن البيئات الغّربية من حيث متطلباتها الحضارية أكثر تعقيداً من البيئات الشرقية، ونفس الشيء ينطبق على البيئة الحضرية، بالقياس إلى المجتمعات الريفية.

هذا ما ذكره " عبد العزيز القوصي " (١٩٧٥) من أن ظاهرة اللجلجة أكثر انتشاراً في المدن عنها في الريف ؛ مما يشكل عبئاً على تفكير الفرد وتعبيره فيسبب له بعض الاضطرابات المتصلة بعملية الكلام، ومن وبينها اللجلجة.

وهناك عدة ملاحظات تتعين الإشارة إليها في هذا المجال:

الأولى – أن اللجلجة تختلف باختلاف الأحداث أو المثيرات، فعلى سبيل المثال كلما كان عدد المستمعين كبيراً، ارتفع تكرار اللجلجة.

الثانية – أن المثير الذي يرتبط بزيادة أو قلة اللجلجة، له نفس التأثير على المواقف المستقبلية، ذلك أن إحدى الدراسات كشفت نتائجها أن الكتب الملونة تزيد عدد مرات اللجلجة عند القراءة فيها في حال مقارنتها بالكتب غير الملونة، وكذلك عند القراءة الجهريَّة، خاصة التي يوجد بها كلمات يقرأها الشخص لأول مرة.

الثالثة – أن اللجلجة تختلف باختلاف المستمع ؛ فالمتلجلج الذي يتحدث بطلاقة مع طفل ؛ ربما يتلجلج في كلماته الأولى عند تحدثه مع الكبار.

الرابعة – أن هناك العديد من البحوث والدراسات التي تناولت التفاعلات اللفظية بين الطفل والوالدين.

وقد أشارت نتائج تلك البحوث إلى أنه من الممكن تغيير طريقة التفاعل اللفظي بين الأطفال والوالدين وخفض اللجلجة من خلال هذه التفاعلات.

(٦) اللجلجة في ضوء نظرية الصراع:

يربط "شيهان" Sheehan, 1970 بين اللجلجة، كاضطراب ؛ والأدوار التي يقوم بها الفرد. ومن ثم يذكر أن اللجلجة هي بمثابة اضطراب في الدور، كما أنها

اضطراب في مجال العلاقات الشخصية، وهو اضطراب في تقديم الذات اجتماعياً ؛ فاللجلجة ليست مجرد اضطراب كلامي، وإنما هي صراع بين الذات والأدوار التي تلعبها ، أي أنه صراع بين الذات والدور، فقد يتكلم الفرد بطلاقة في موقفٍ معين، ويتلجلج في موقفٍ أخر.

ومن هنا نجد أن " شيهان " يقيم الدليل على ذلك بقوله " إن سلوك المتلجلج يتغير حين تتنوع وتتعدد أدواره ". ولهذا يقّرر " شيهان " لحظة الإعاقة الكلامية (لحظة اللجلجة) في ضوء تصور المتلجلج على أنه ذات تتعرض لموقف صراع إقدام – إحجام مزدوج A Double approach avoidance conflict situation وأن هذا الموقف الصراعي يتصاعد كلما أقترب المتلجلج من نطق كلمة معينة.

ويوضح "شيهان" وجهة نظره بقوله إن الصراع يكون بين كل من الدافع إلى الكلام والدافع إلى عدم الكلام في نفس الوقت، بالإضافة إلى الصراع الموجود بين رغبة المتلجلج في أن يكون صامتاً، وفي نفس الوقت رغبته في ألا يكون صامتاً. كما يذكر "شيهان" أن التوازن بين هذه العوامل لا يظل متعادلاً، أو متكافئاً لفترة طويلة، فإما أن يتزايد الميل نحو الإقدام على التكلم ؛ أو أن يتزايد الميل نحو الإحجام عن الكلام.

وهكذا يرى "شيهان" أن اللجلجة بمثابة تورط قوي، وأنها لذلك عامل مؤثر في التحرر من اللجلجة، ويؤدي هذا إلى خفض الخوف ؛ بمعنى أن اللجلجة تؤدي إلى خفض الخوف، وهذا يتضمن ثلاثة افتراضات يمكن الإشارة إليها على النحو التالي:

الأول – أن الخوف الذي يعيشه المتلجلج، ينشأ من محاولات لإخفاء نقص الطلاقة، وعندما يتلجلج يكون مرغماً على التخلي عن نضاله لحجب الصعوبة التي يواجهها عند محاولته الكلام، وهذا الإرغام جزء من تحمله لعبء الخوف الذي يثقل كاهله.

الثاني – أن المتلجلج يكون إلى حدٍ ما ، ضحية للإحساس بالعجز، والخوف من المجهول، وبعد أن تحدث اللجلجة، تعود إلى المتلجلج طمأنينته نتيجة لكلامه غير السوي من وجهة نظر واقعية أقل خوفاً.

الثالث – أن اللجلجة سلوك يتسم بالعدوانية ؛ وبالتالي فإن سلوك اللجلجة يؤدي إلى خفض الحاجة إلى العدوانية بشكل مؤقت، ولكن اللجلجة قد تقود المتلجلج – فيما بعد – إلى ما هو أسواء عن طريق تزايد دافع الإحجام عن الكلام، أي تزايد العقاب والجزاء نتيجة أنه أقدم على الكلام، أو بمعنى أخر نتيجة لتناقص الميل إلى الإقدام.

وبالإضافة إلى هذه الافتراضات الثلاثية يميز "شيهان" بين خمسة مستويات من الصراع فيما يختص باللجلجة، وهذه المستويات الخمسة هي:

الأول – مستوى الكلمة ؛ حيث يكون الصراع بين الرغبة في النطق، والرغبة – في نفس الوقت – في تجنب نطق كلمة معينة.

الثاني – مستوى الموقف ؛ حيث يكون الصراع بين الرغبة في الكلام، والرغبة في عدم الكلام في موقفٍ ما من المواقف ؛ مما يزيد من مقدار القلق المتعلق باللجلجة.

الثالث – المستوى الانفعالي ؛ حيث يرتبط الصراع بمحتوى أو مضمون ما هو منطوق من الكلمات.

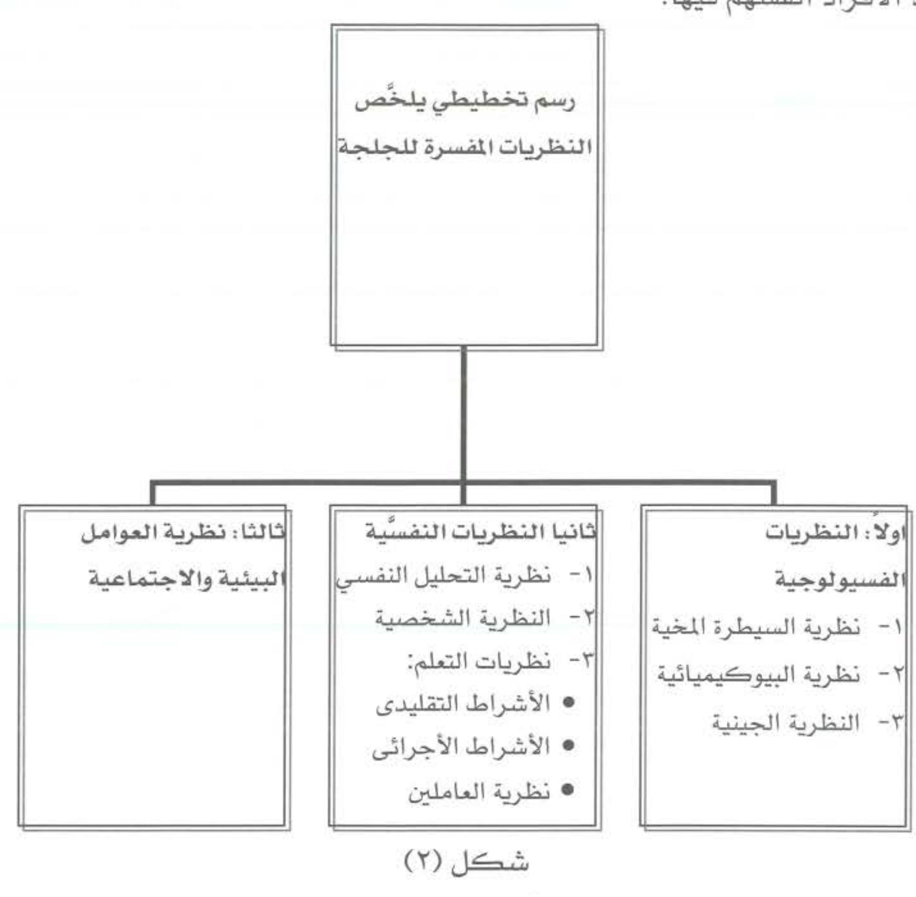
الرابع – مستوى الطلاقة بالمستمع ؛ حيث يرتبط الصراع بالكلام مع أفراد معينين.

الخامس – مستوى حماية الأنا ؛ حيث يرتبط الصراع بالتحدث في مواقف تمثل تهديداً بالنسبة للمتلجلج.

وخلاصة القول أن النظريات التي اعتمدت في تفسيرها للجلجة على الاطار الاجتماعي دفعت الباحثين إلى دراسة اللجلجة عبر الثقافات المتباينة في المجتمعات المختلفة، كما دفعتهم إلى الاهتمام بدراسة أثر المستويات الاقتصادية والاجتماعية الثقافية المتفاوتة داخل الثقافة الواحدة في حدوث اللجلجة.

وقد أوضحت بعض البحوث والدراسات الأنثروبولوجية أن بعض المجتمعات البدائية لا تظهر فيها اللجلجة، وأنها إذا ظهرت فإنها تكون بشكل غير ملحوظ؛ في حين تظهر اللجلجة بوضوح في المجتمعات التي تتسم بشيوع روح التنافس والصراع؛

ويمكن تفسير ذلك في ضوء شدة الضغوط الحضارية المعقدة في البيئات المتحضرة، والتي تشكل أعباءً على كيفية التعبير بالكلمات في المواقف السريعة المتباينة التي يجد الأفراد أنفسهم فيها.



شكل (٢)

رسم تخطيطي يلخّص النظريات المفسرة للجلجة

تعقيب:

لم تستطع أي نظرية من النظريات التي تصدت لتفسير ظاهرة اللجلجة ؛ أن تقدم دليلاً علمياً مقنعاً وقاطعاً على وجود عامل واحد وراء حدوث اللجلجة، مما يتبين معه أنها ظاهرة متعددة العوامل. وقد تبين من عرض النظريات المفسرة لظاهرة اللجلجة تعدد هذه النظريات ؛ وأنه بالرغم من هذا التعدد، لا توجد نظرية واحدة لاقت إجماعاً وقبولاً عاماً من قبل العلماء والباحثين.

كما يتبين من عرض النظريات أن هناك تداخلاً بين تفسيرات تلك النظريات، فعلى سبيل المثال ؛ إذا كانت النظريات العضوية (الفسيولوجية) تشير إلى وجود عوامل بيئية تهيئ الفرصة لحدوث اللجلجة، كأن تكون بيئة المتلجلج بيئة توريطية كما يذكر إيزانسون، فإن النظريات التي حاولت تفسير اللجلجة على أساس الأسباب والعوامل البيئية – الاجتماعية تشير إلى وجود عوامل تعمل على تنشيط السلوك الوسيلي الاحجامي الذي يسعى إلى خفض القلق المرتبط بحدوث اللجلجة، ثم نجد أن أحد أصحاب النظريات التي تصدت لتفسير اللجلجة وهو "شيهان" صاحب نظرية الصراع، يشير إلى عدة عوامل نفسية تسهم في حدوث اللجلجة كالخوف، والتوقع، ودافع الأقدام – الإحجام، كما يشير إلى عدة عوامل تسهم في خفض حدة اللجلجة.

وفي ضوء ما سبق يمكن القول أن عزو حدوث ظاهرة اللجلجة إلى سبب أو عامل واحد هو أمر يصعب الأخذ به، وأن عزو حدوث ظاهرة اللجلجة إلى عدة عوامل متشابكة متداخلة: عضوية، واستعدادية، ونفسية، وبيئية اجتماعية هو الأقرب إلى الدقة.

تشخيص اللجلجة:

يشير إيهاب الببلاوي (٢٠٠٧) أن هناك ثلاثة أسس لتمييز المتلجلج عن غير المتلجلج، وهي:

أولًا: تكرار اللجلجة

تظهر اللجلجة بنسبة ١٠٪ تقريباً في كلام من يعانون من اللجلجة، وبالتالي فإن نسبة الـ ١٠٪ من عدم الطلاقة شيء غير عادي وتعد هذه النسبة معيار يتم في ضوءه تشخيص اللجلجة، وينظر بشكل عام إلى أنه قد تم تحديد الكلام بأنه يتسم بأنه غير طبيعي أو متلجلج عندما يبلغ حوالي ٥٪ من الكلام المنطوق، وبالتالي فإن بعض المعالجين يستخدمون معيار الـ ٥٪ من عدم الطلاقة لتمييز المتلجلجين من غير المتلجلجين وعند استخدام هذا المعيار يراعي المعالجين كل أنواع عدم الطلاقة التي تشتمل على المقاطعة وتكرار الكلمات والعدد الكلي للكلمات المقروءة أو المنطوقة.

ثانيًا: أنواع اللجلجة

يري بعض المعالجين أنه من الضروري التمييز بين الطبيعيين والمتلجلجين على أساس نوع عدم الطلاقة وليس مقدارها ، وعلى الرغم من أن كل أنواع عدم الطلاقة تظهر لدى المتحدثين الطبيعيين فإن هناك أشكال من النادر حدوثها لديهم. فعلى سبيل المثال نجد أن تكرار جزء من الكلمة أو تطويل الصوت من الأشكال غير المتكرر حدوثها لدى الطبيعيين مثل التقطيع وتكرار الكلمات والعبارات. ومن ناحية أخرى فإن أنواع عدم الطلاقة هذه تظهر قليلاً في كلام المتلجلجين. ولذا فإن بعض المعالجين يشخصون اللجلجة على أساس تكرار جزء الكلمة وتطويل الصوت.

ثالثًا: مدة اللجلجة

بعض المعالجين يشخصون اللجلجة على أساس المدة التي يستغرقها الشخص في اللجلجة ، وقد تكون عدم الطلاقة بسيطة لدرجة أن لا يدركها إلا الخبراء ، وقد تكون طويلة لدرجة أن لا يخطئها أحد ، ووفقا لهذا فإن المتحدث يعد متلجلجاً إذا كانت مدة اللجلجة غير طبيعية ، ويقوم أغلب المعالجين بتشخيص اللجلجة إذا استمرت لمدة ثانية.

علاج اللجلجة :

يرى إيهاب الببلاوي (٢٠٠٧) أن العلاج عملية معقدة وبعيدة المدى، غير أن الأساليب العلاجية المتبعة مع الأطفال في مرحلة المهد ، ومرحلة ما قبل المدرسة الذين تنتشر بينهم اللجلجة أساليب ثابتة نسبياً ، ولها معدلات مرتفعة من النجاح. وهناك طرق عديدة للتدخلات العلاجية للجلجة المبكرة ،ومنها:

العلاج المباشر: يستلزم هذا النوع من العلاجات رؤية نشطة ومنتظمة لتقبل الطفل الذي يعاني من اللجلجة للعلاج، ويعني هذا في بعض الأحيان التعامل بشكل مباشر مع أعراض الكلام لدى الطفل، ولكن في أحيان أخرى كثيرة يعني مشاهدة الطفل أثناء العمل حوله ، ودون التركيز بشكل مباشر على سلوك اللجلجة. إن الافتراض النظري هو أن لجلجة الطفل عرضية حيث أنها عرض لبعض المشكلات الأساسية ذات الطبيعة النفسية أو البينشخصية.

العلاج البيئي: إجراء علاجي يركز على المتغيرات التي تجري في بيئة الطفل من خلال الملاحظة المباشرة ومقابلة الوالدين والأسرة والتي تعمل على تخفيض العوامل التي تؤدي إلى استمرار اللجلجة أو تزول تماماً.

الإرشاد النفسي للأسرة والوالدين: يتم تصميم الإرشاد النفسي للأسرة والوالدين لمساعدتهم على فهم كيف تؤثر سلوكياتهم ومشاعرهم على سلوك اللجلجة، وكذلك فهم وتقبل تلك الانفعالات. ويكون التركيز في البداية على الطفل ولكن الموقف الإرشادي يعيد تعريف المشكلة في ضوء الوالدين وتاريخهم وتفاعلاتهم ومشاعرهم وسلوكهم من منظور أكبر من منظور الكلام والوالدين ، وتبدو المسألة في التركيز على الوالدين كأفراد.

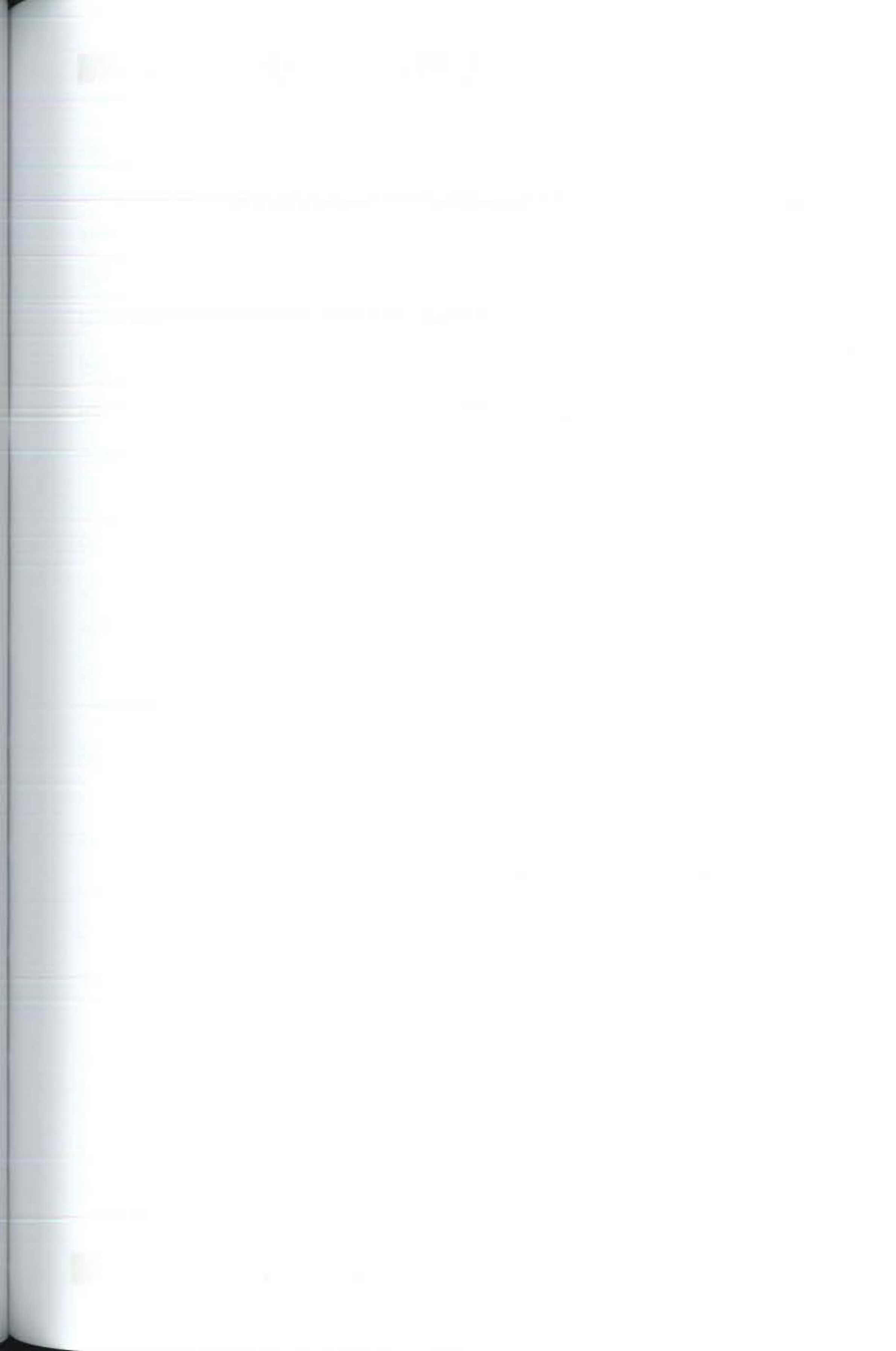
العلاج بالتفاعل اللفظي بين الطفل والوالدين: يقوم هذا العلاج على افتراض أن اللجلجة في مرحلة الطفولة تنمو في محيط اجتماعي من خلال التفاعل اللفظي السلبي مع الوالدين، وإهمال الوالدين لدعم الطفل واستمرار لجلجته. وعليه لا بد من توجيه الوالدين للأساليب العلاجية الصحيحة التي يمكن من خلالها خفض لجلجة الطفل.

العلاج النفسي: يؤكد العلاج النفسي أن اللجلجة عرض لمشكلة نفسية دينامية متأصلة وعميقة. وهذا النوع من العلاجات لا يهتم إلا قليلاً باللجلجة في حد ذاتها ، وإنما يركز على المسايرة النفسية للطفل والحيل الدفاعية واضطرابات الشخصية والقلق، وبعض المشاعر السلبية الأخرى والعلاقات البينشخصية. فمن الممكن بحسب رأي أصحاب هذا الاتجاه إزالة المشكلات النفسية وبالتالي التخلص من أعراض اللجلجة من خلال المنظور النظري والأساليب الاكلينيكية لتلك العلاجات.

علاج خفض الحساسية:

يعمل علاج خفض الحساسية على زيادة قدرة الطفل على تحمل الضغوط بالتدريج ، ويتم هذا من خلال الأنشطة الفردية التي عادة ما تكون على شكل لعب، وتؤدى تلك الأنشطة إلى خفض اللجلجة إلى أقل مستوى وهذا ما يعرف بالمستوى القاعدي للطلاقة. وعادة ما نتمكن بشكل كامل من إزالة اللجلجة أثناء

تلك الأنشطة. وقد تتطلب جلسات خفض الحساسية إزالة التحدث كلية والتفاعل بشكل غير لفظي، وتجنب الموضوعات المثيرة للمشقة النفسية أثناء العلاج، وبالتدريج يقوم الأخصائي بإعادة تقديم تلك العوامل ذات الضغط النفسي إلى جلسة العلاج ويقوم بمراقبة وتوجيه سلوك الطفل ذو الاستجابة الانفعالية ومحاولة منعه لفترة قصيرة من المشاركة في الكلام غير الطلق. وبهذه الطريقة تنخفض الحساسية لتلك الضغوط الطبيعية، ويتم بشكل تدريجي تنشئة الطفل في الضغوط الطبيعية للأسرة.



الفصل الحادي عشر

اضطرابات التواصل العصبية

تمهيد

اضطرابات التواصل العصبية

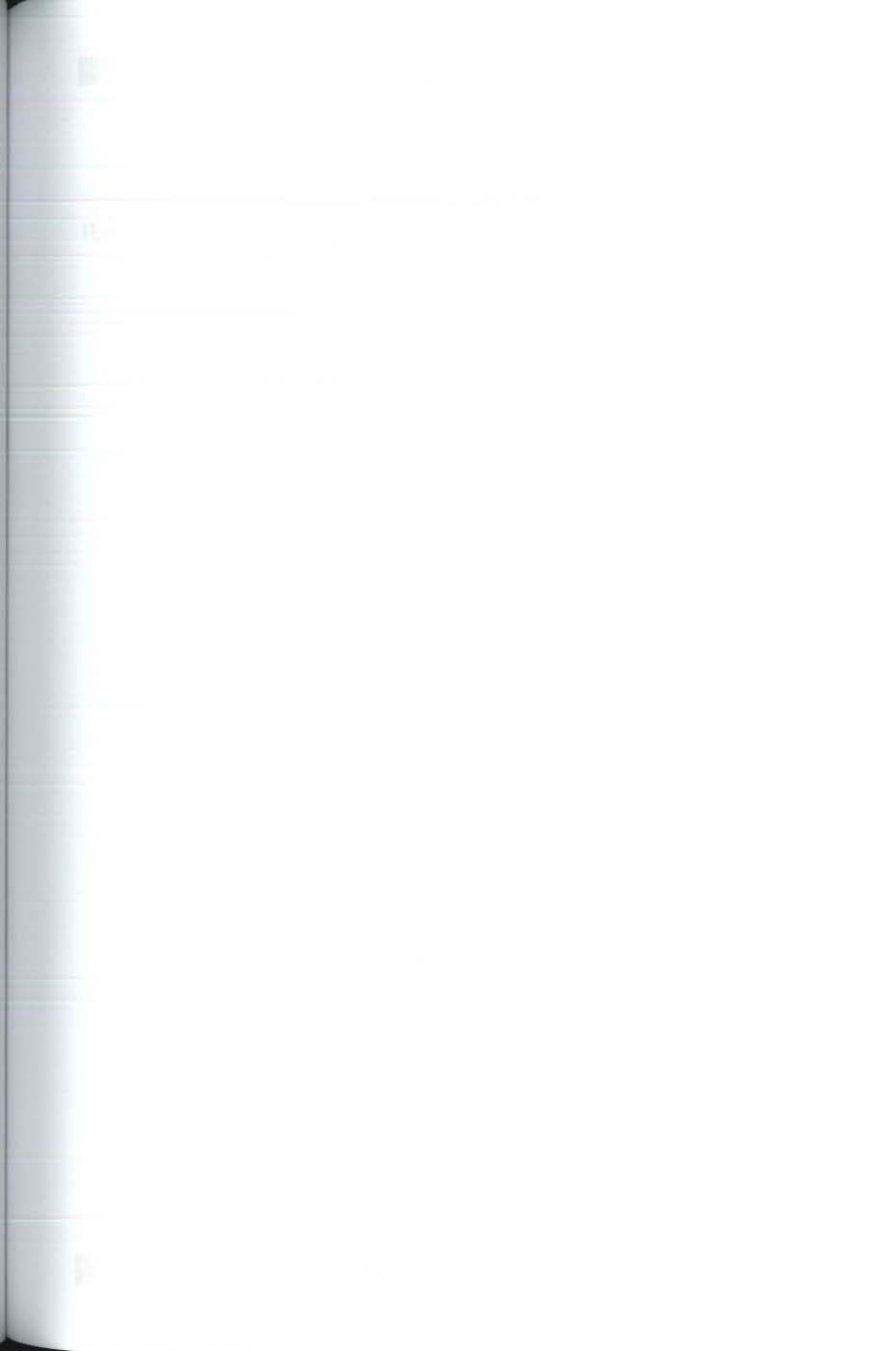
مفهوم اضطرابات التواصل العصبية

أنماط اضطرابات التواصل العصبية

- النمط الأول: الحبسة الكلامية (الأفيزيا).
- النمط الثاني: عسر الكلام (الديسآرثريا).
- النمط الثالث: الخرف (خبل الشيخوخة).
- النمط الرابع: العمه الكلامي أو عسر التلفظ (الأبراكسيا).
- النمط الخامس: اضطرابات التواصل العصبية لدى الأفراد ذوي الشلل الدماغي.

التدخلات التربوية والعلاجية

خلاصة



الفصل الحادي عشر

اضطرابات التواصل العصبية

تمهيد:

يتناول الفصل الحالي اضطرابات التواصل العصبية، حيث يتضمن مفهوم هذه الاضطرابات، وأنماطها، ومظاهر كل منها، وكيفية علاجها عن طريق التدخلات التربوية والتدخلات الأخرى المصاحبة لها.

مفهوم اضطرابات التواصل العصبية:

ترتبط اضطرابات التواصل العصبية بأوجه قصور في الجهاز العصبي لدى الإنسان، بحيث يؤثر هذا القصور على عمليات إنتاج الكلام واللغة والنطق، وتأخذ أشكالا عديدة منها الحبسة الكلامية أو الأفيزيا Aphasia، وعسر التلفظ Apraxia، وعسر الكلام Disarthria.

وتشير هذه الاضطرابات، إلى الآثار في مجال الكلام والنطق الناتجة عن الإصابة المباشرة في الجهاز العصبي المرتبط بالمناطق المسؤولة عن النطق لدى الأفراد، ومعروف أن العضلات المسئولة عن النطق هي في طبيعتها إرادية (يتحكم فيها الإنسان بإرادته)، إلا أن الإصابة العضوية في أجزاء الدماغ تؤدي بالضرورة إلى اضطراب في الكلام، وخاصة عند إصابة الأجزاء المسؤولة عن عضلات الفكين واللسان والحلق وعضلات الرئتين، أو إصابة الأعصاب المرتبطة بهذه العضلات (يوسف القريوتي؛ وعبد العزيز السرطاوي؛ وجميل الصمادي، ٢٠١٣).

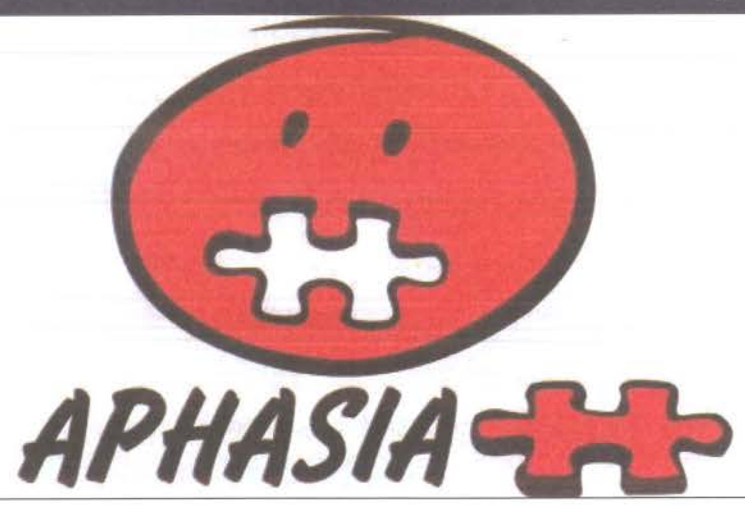
أنماط اضطرابات التواصل العصبية:

تتعدد أنماط اضطرابات التواصل العصبية، ونذكر منها ما يلي:

النمط الأول: الحبسة الكلامية (الأفيزيا) Aphasia:

الحبسة الكلامية هي اضطراب في اللغة ناتج عن إصابة الدماغ، وتشتمل على خلل في فهم الكلمات المنطوقة أو صعوبة في ترتيب العناصر المتسلسلة للغة التي تشمل الكلمات وأشباه الجمل والجمل، أو صعوبة في ترتيب نحوي صحيح للكلام، أو فقدان القدرة على التعبير بالكلام، أو عدم القدرة على تذكر أسماء الأشياء (أحمد الدوايدة؛ وياسر خليل، ٢٠١١).

Aphasia



الكلام المحبوس أو الحبسة الكلامية Aphasia

مصدر الصورة

http://internetmedicine.com/wp-content/uploads/2014/05/aphasia.jpg

وتحدث الأفيزيا Aphasia أو الحبسة الكلامية نتيجة تلف بعض مراكز اللغة في الدماغ، وكنتيجة لذلك، فإن الطلبة الذين يتعرضون لظهور هذه الحبسة الكلامية لديهم يصبحون أقل قدرة على التواصل من خلال الكلام أو الاستماع أو القراءة أو الكتابة أو جميعها معًا (يوسف القريوتي؛ وعبد العزيز السرطاوي؛ وجميل الصمادي، ٢٠١٣).

ويشير "حسن عبد المعطي"؛ و"إيهاب البيلاوي" (٢٠٠٧) إلى وجود أنواع عديدة من الحبسة الكلامية (الأفيزيا)، تختلف تبعًا لموضع وحجم الإصابة التي تلحق بأي منطقة في المخ، ومن بين أهم أنواع الحبسة الكلامية (الأفيزيا) يمكن عرض التالي:

أولاً: الحبسة الكلامية التعبيرية/ الحركية (الأفيزيا اللفظية/ الشفوية):

وتعرف أيضًا باسم الحبسة الكلامية (الأفيزيا) اللفظية أو الشفوية أو باسم أفيزيا بروكا، وهي فئة من الاضطرابات أو العجز في كلام الشخص المصاب،

ولكنه يظل قادراً على فهم كلام الآخرين، ويكرر المصاب لفظًا واحدًا، مهما تنوعت الأحاديث أو الأسئلة الموجهة إليه، وفي حالات الضغط الانفعالي عليه، قد نجده يتمتم ببعض العبارات غير المألوفة أو غير المفهومة، وذلك بقصد توجيه السباب والعدوان، وفي مثل هذه الحالات تسمى بالحبسة الكلامية (الأفيزيا) اللفظية أو الشفوية، وقد سميت أفيزيا بروكا الحركية بأفيميا، بمعنى عدم القدرة على الكلام، بالرغم من وجود الكلمة في ذهن المصاب، وفي بعض حالات أفيزيا بروكا الحركية يفقد المصاب القدرة على التعبير عدا لفظ بعض الكلمات أحيانًا مثل "نعم" أو "لا" (حسن عبد المعطي؛ وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٧).

ويوصف كلام الطالب الذي يعاني من حبسة "بروكا" بأنه تلغرافي أو لا نحوي؛ حيث يقوم بحذف الكلمات الوظيفية كحروف الجر، والعطف، وأسماء الإشارة، وغيرها، ويمتاز كلامه أيضًا بالجمل القصيرة، وضعف في نغمة الصوت، وإنتاج كلام غير طلق، ومشكلات في التعبير الكلامي، ومشكلات في التقليد والتكرار تتراوح شدتها بين الضعف البسيط والضعف الشديد (أحمد الدوايدة؛ وياسر خليل، ٢٠١١).

ثانيًا: الحبسة الكلامية (الأفيزيا) الاستقبالية أو الحسية:

وتعرف أيضاً بأفيزيا فيرنك أو متلازمة ما خلف شق سلفيوس، وقد توصل العالم "فيرنك" إلى افتراض أن حدوث إصابة أو تلف في هذا الجزء من الدماغ يؤدّي بدوره إلى تلف الخلايا العصبية التي تساعد على تكوين الصور السمعية للكلمات أو للأصوات، وينتج عن ذلك ما يسمى بالصمم الكلامي، وهو شكل من أشكال الحبسة الكلامية (الأفيزيا) الحسية، حيث تكون حاسة السمع سليمة، ولكن الألفاظ تفقد معناها لدى السامع، كما لو كانت هذه الألفاظ من لغة أخرى لا يعرفها الفرد، كما أن الصمم الكلامي يمكن اعتباره شكلاً من أشكل الأجنوزيا (حسن عبد المعطي؛ وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٧).

وقد يوصف كلام المريض المصاب بالطلاقة لكنه عديم المعنى، فهو يعاني من خلل شديد في الفهم والاستيعاب، ولا يميز معظم الأصوات والكلمات، ولا يعطيها

دلالتها اللغوية، ويستحدث كلمات جديدة غير موجودة في اللغة (غير مفهومة لأنها سمعها خطأ وسجلها في ذاكرته خطأ)، ويتصف كلامه بالرطانة، ونطقه وتنغيمه للكلام يكون غالبًا سليمًا (أحمد الدوايدة؛ وياسر خليل، ٢٠١١).

وفي بعض حالات الحبسة الكلامية (الأفيزيا) الحسية عند "فيرنيكة" قد يفهم المصاب كل لفظ في الجملة لوحده، ولكنه لا يستطيع فهم معنى جملة كاملة، وهذا ما يسميه البعض بالحبسة الكلامية (الأفيزيا) المعنوية، وهناك حالات أخرى نجد المصاب فيها يستخدم كلمات في غير مواضعها، ويستخدم كلمات غريبة غير مألوفة، ومثل هذه الحالات يكون المصاب قد اكتسبها بسبب وجود الاضطراب منذ صغره في المراكز السمعية الكلامية (حسن عبد المعطي؛ وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٧).

ثالثاً: حبسة (أفيزيا) تسمية الأشياء:

تلك التي تعرف أيضًا "بأفيزيا النسيانية"، وفي هذا النوع فإن المصاب يجد صعوبة في تسمية الأشياء، فإذا عرضنا عليه مجموعة من الأشياء المألوفة، وطلبنا منه تسميتها، فإنه يشير إلى استعمالاتها عوضًا عن أسمائها، وهذا الاضطراب يشمل نسيان أسماء الأشياء المسموعة أو الملموسة، وتبقى قدرة المصاب على تذكر الحروف وأجزاء الكلام المطبوعة سليمة، ويبقى قادرًا أيضًا على استعمال الشيء والإشارة إليه إذا سمع اسمه أو رآه، فإذا قدمنا للمريض كرسي وسُئل عن اسمه لا يستطيع تذكر كلمة كرسي، وربما أمكنه إدراك وظيفة الكرسي واستعمالاته، وإذا سُئل المصاب هل هذه منضدة أم كتاب أم كرسي؟ فإنه يجيب إجابة صحيحة، لكن المشكلة تتركز في عدم تذكر اسم الشيء لو طُلب منه ذلك (حسن عبد المعطي؛ وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٧).

وتتسم أفيزيا تسمية الأشياء بفقدان التسمية، وتتمثل في عدم قدرة المصاب على تذكّر أسماء الأشياء والأفراد، وصعوبة في استرجاع الكلمات، كما تتسم لغته بأنها في المستوى الطبيعي تقريبًا، ويكون استيعابه اللغوي جيدًا (أحمد الدوايدة؛ وياسر خليل، ٢٠١١).

وعلى الرغم من أن هذه الصعوبة موجودة لدى المصابين بمعظم أنواع الحبسة الكلامية (الأفيزيا) إلا أن الصورة النقية من أفيزيا تسمية الأشياء تنتج من إصابة المنطقة القشرية، والتي تقع بين الفص الصدغي والفص الجداري والفص القفوي، وهي المنطقة التي تسمى التلفيفة الزاوية، إن المصاب بالصورة النقية من أفيزيا تسمية الأشياء لديه إمكانية الفهم العادي، كما يمكنه التحدث بصورة طبيعية وتلقائية إلى حد كبير في أثناء حديث غير رسمي، ويعتقد الباحثون أن هذه الحبسة الكلامية النسيانية (أفيزيا تسمية الأشياء) تحدث نتيجة تقطع الترابط الموجود بين قنوات حسية مختلفة (أي بين مناطق مختلفة بالمخ)، وهي الأجزاء الداخلة في قدرة الفرد على تسمية الأشياء، وقد تظهر الحبسة الكلامية النسيانية (أفيزيا تسمية الأشياء) لدى من يعانون من مرض الزهايمر (حسن عبد المعطي؛ وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٧).

رابعًا: الحبسة الكلامية (الأفيزيا) الشاملة أو الكلية:

يشير هذا النوع من الحبسة الكلامية (الأفيزيا) إلى العجز الشديد في كل الوظائف المتعلقة باللغة، ففي هذا النوع من الحبسة الكلامية (الأفيزيا) نجد أن قدرة الشخص المصاب على الفهم وإنتاج الكلام قاصرة، أو تكاد تنعدم، ولكنه قد يستطيع التواصل مع غيره عن طريق الإشارات أو الرموز، كأن يستخدم صورًا عوضًا عن الكلمات، وحتى في هذه الطريقة قد يجد المصاب صعوبة في تنفيذها أو قد لا تنجح كليًا (حسن عبد المعطي؛ وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٧).

كما تعد الحبسة الشاملة من أكثر أنواع الأفيزيا شدة، وتحدث مباشرة بعد الإصابة بجلطة دماغية وتؤدي إلى تأثر معظم الوظائف اللغوية، ويعاني المصاب من ضعف شديد في الاستقبال والتعبير اللغوي يعوق تعبيره عن نفسه، كما أنه لا يستطيع فهم اللغة المنطوقة أو المكتوبة (أحمد الدوايدة؛ وياسر خليل، ٢٠١١).

وتنتج الحبسة الكلامية الشاملة (أو الأفيزيا الكلية) عن إصابة واسعة في نصف المخ الأيسر، تغطي هذه الإصابة معظم المناطق التي يُعتقد أن لها دور في فهم وإنتاج اللغة، بسبب إصابة الدماغ بجلطة دموية، تؤدي إلى انسداد الشريان والأوعية الدموية المغذية للمخ، وللألياف العصبية الواردة من المراكز العليا للحركة والفص الجبهي،

والمتجه نحو الذراع والساق والأطراف وأعضاء النطق، مثل هذه الإصابات تنتشر في جزء كبير من مناطق الكلام في نصف المخ المسيطر، ويمكن أن تحدث نفس الأعراض بسبب الالتهابات والنزيف الدماغي الذي يؤدي إلى حرمان المنطقة المصابة من التغذية والأكسجين اللازم (حسن عبد المعطي؛ وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٧).

خامسًا: الحبسة الكلامية (الأفيزيا) التوصيلية:

يتسم هذا النوع من الحبسة الكلامية (الأفيزيا التوصيلية) بوجود قصور في الفهم والإدراك السمعي إلى جانب مشكلات في تسمية الأشياء والأشخاص تتراوح شدتها بين البسيطة والشديدة (إبراهيم الزريقات، ٢٠٠٥).

وتتسم بعدم قدرة المصاب على إعادة ما يسمعه بصوت عالٍ، ويكون كلامه تلقائيًا، ليس كما في أفيزيا "فيرينكة" ولكن على عكسها، فإن قدرة المصاب على فهم الكلام المنطوق والكلام المكتوب تظل إلى حد كبير سليمة، هذه الأعراض إذًا يمكن شرحها على أنها ناتجة من فصل مراكز الاستقبال عن مراكز التعبير اللغوي في المخ، وقد تم رصد الإصابة التي تلحق بالمسار العصبي المسمى الحزمة القوسية التي تصل بين مراكز "بروكا" و"فيرنيكة" في مثل هذه الحالات (حسن عبد المعطي؛ وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٧).

ومن أهم مظاهر الحبسة الكلامية التوصيلية عدم قدرة المصاب على تكرار الكلمات والجمل، ويوصف كلامه بالطلاقة، كما يعاني المصاب من صعوبات بسيطة في الفهم والاستيعاب اللغوي (Hegde, 2001) في: أحمد الدوايدة؛ وياسر خليل، ٢٠١١).

سادسًا: الحبسة الكلامية (الأفيزيا) الممتدة أو العابرة لمناطق القشرة:

ويحدث هذا النوع من الحبسة الكلامية (الأفيزيا الممتدة) نتيجة إصابة المنطقة القشرية، وعزل مراكز أو مناطق الكلام وكذلك المسارات الموصلة عن بقية المخ، فإذا كانت الإصابة قد عزلت منطقة "فيرنيكة" عن بقية أجزاء المخ فتسمى الحبسة الكلامية (الأفيزيا) الحسية المعزولة، بينما إذا كانت الإصابة قد عزلت منطقة بروكا فتسمى أفيزيا مختلطة ممتدة (حسن عبد المعطي؛ وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٧).

النمط الثاني: الديسآرثريا أو عسر الكلام Disarthria:

الديسآرثريا أو عسر الكلام عبارة عن صعوبات في الكلام، قد تظهر نتيجة عدم قدرة الطالب على التحكم في العضلات التي تنظم عمل الحنجرة وعمل اللسان وعمل الفك وعمل الشفتين، وقد تتأثر القدرات الحسية- العرفية تبعًا لطبيعة إصابة الدماغ، وقد يكون لدى الفرد اضطراب في اللغة، إضافة إلى اضطراب الكلام (دانييل هالاهان؛ وجيمس كوفمان؛ وبيج بولين، ٢٠١٣).

النمط الثالث: الخرف (خبل الشيخوخة):

وفقدان الراشدين للغة قد يرجع إلى أمراض عصبية توجد لدى المسنين، وقد تم استخدام مصطلح عام لوصف بعض الأمراض لدى المسنين هو خبل الشيخوخة، ومرض الزهايمر هو أحد أشكال هذا الخبل، ويكون بدء نمو هذا المرض العصبي بطيء، ولكن في النهاية يفقد الشخص من ذاكرته الأحداث القريبة، ولا يعي الزمن ولا المكان ولا الناس، وتتدهور وظائف اللغة والكلام بشكل سريع حتى يصبح الشخص غير قادر على التواصل مطلقًا (حسن عبد المعطي؛ وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٧). وخلص الباحثون إلى أننا عندما ننتج الجملة بشكل طبيعي، فإننا لا نأخذ كل القرارات النحوية والدلالية والفونولوجية قبل البدء بالكلام، ولكننا على الأرجح ننتج بعض الكلمات، ومن ثم نشكل ما تبقى من التفوه، وبناء على هذا الرأي المتعلق بالتشكيل الشفوي، فإن إنشاء جملة يتطلب مستويات معالجة تفاعلية متقدمة، وآلية زمنية معقدة لتلك المعالجة، وعليه، فلن يكون مستغربا أن نكتشف أن النطق يتأثر بعوامل نحوية ودلالية وفونولوجية (جون بيرنثال؛ ونيكولاس بانكسون، ٢٠٠٩).

النمط الرابع: الأبراكسيا (العمه الكلامي أو عسر التلفظ) Apraxia:

يعاني الطلبة الذين يوصفون بأن لديهم "أبراكسيا" من انقطاع في التخطيط الحركي والبرمجة، الأمر الذي يجعل كلامهم بطيئًا ومجهدًا وغير ثابت، وقد يُدرك الطالب أنه يقع في أخطاء ويحاول تصحيحها، لكن محاولاته للتصحيح تجعل من الصعب فهم ما يود قوله (دانييل هالاهان؛ وجيمس كوفمان؛ وبيج بولين، ٢٠١٣).

أنواع الأبراكسيا:

تنقسم الأبراكسيا إلى قسمين، القسم الأول: الأبراكسيا النمائية أو التطورية وهي التي تبدو على الطفل منذ بدء نمو الكلام لديه، والقسم الثاني: الأبراكسيا المكتسبة، وهي التي تظهر في مراحل لاحقة من حياة الفرد، بعد أن يتعلم الكلام بطريقة ملائمة، نتيجة حادث أو إصابة أو مرض.

ويشير "دانييل هالاهان؛ وجيمس كوفمان؛ وبييج بولين" (٢٠١٣) إلى أن الأبراكسيا التطورية هي اضطراب في التخطيط الحركي يظهر مع تطور مهارات الكلام واللغة لدى الأطفال، ويُظهر الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب تأخرًا واضحًا في القدرة على إنتاج أصوات الكلام، وترتيب الأصوات في كلمات لتحقيق تواصل فعّال، أما الأبراكسيا المكتسبة فلها أعراض مشابهة لأعراض الأبراكسيا التطورية أو النمائية، ولكنها تظهر نتيجة جلطة دماغية أو نوع آخر من إصابات الدماغ بعد تعلم الكلام، وغالبًا ما يُعرف الطفل الذي يعاني من الأبراكسيا أنه يرتكب أخطاءً، ويود تصحيحها، كما يُعرف بأنه يريد أن يتواصل، ولكنه لا يستطيع فعل ذلك، وعليه، فإن الأبراكسيا اضطراب مُحبط للمتكلم في أغلب الأحيان.

النمط الخامس: اضطرابات التواصل العصبية لدى الأفراد ذوي الشلل الدماغي:

يشير الشلل الدماغي إلى مجموعة من الأعراض تتمثل في ضعف الوظائف العصبية ينتج عن خلل في بنية الجهاز العصبي المركزي أو نموه، وقد كشفت نتائج العديد من الدراسات عن أن الاضطرابات العصبية المركزية تظهر أن اضطرابات النطق تنتشر بين الأطفال المصابين بالشلل الدماغي بما يقارب ٧٠٪ إذ تسبب أنواعاً كثيرة من الشلل الدماغي مشكلات في النطق وذلك بسبب إصابة مراكز الدماغ التي تحد من القدرة على ضبط وتحريك العضلات المسئولة عن الكلام، ومنها عضلات الفكين والحنك واللسان والرئتين أو إصابة الأعصاب التي تنتهي في هذه العضلات هذا إلى جانب إصابة المنطقة الصدغية المسئولة عن النطق في المخ، وعادة يكون التنفس المضطرب هو السبب الرئيسي في اضطرابات النطق لدى المصابين بالشلل الدماغي (حسن عبد المعطي؛ وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٧).

ويشير "عبد العزيز السرطاوي" و"جميل الصمادي" (١٩٩٨) إلى مجموعة من اضطرابات النطق والتواصل التي قد تظهر لدى الأفراد ذوي الشلل الدماغي، وذلك على النحو التالي:

شلل عضلات النطق:

تحدث اضطرابات النطق نتيجة لوجود شلل في العضلات والأجهزة المسئولة بشكل مباشر عن إنتاج الكلام ويحدث هذا الشلل بسبب إصابة الدماغ في المنطقة المسئولة عن الحركة والتي تؤدي نفسها إلى حالة الشلل الدماغي وتجدر الإشارة هنا إلى أن الفرد المصاب بالشلل في عضلات النطق يجد صعوبة بالغة في لفظ الأصوات بشكل مناسب (عبد العزيز السرطاوي؛ وجميل الصمادي، ١٩٩٨).

الخلل في اختيار وتتابع الكلام (الابراكسيا):

يظهر الخلل في اختيار وتتابع الكلام على شكل صعوبة في اختيار مواقع الأصوات والمقاطع في الكلمات والجمل ويحث نتيجة الإصابة العضوية العصبية وبالتالي فإن الذي يعاني من هذا النوع من الاضطراب يغير المواقع والمقاطع كما أن هذا الاضطراب يظهر على شكل خلل في تتابع الكلمات والعبارات بترتيب ونسق معين يبدو معه الفرد غير قادر على إعادة الكلمات والعبارات بشكل صحيح (عبد العزيز السرطاوي؛ وجميل الصمادي، ١٩٩٨).

فقدان النطق:

وهو فقدان كلي أو جزئي في للغة الاستقبالية أو التعبيرية أو كليهما خاصة إذا أصيبت المراكز الدماغية المسئولة عن اللغة، وعادة ما تكون هذه إصابة ناتجة إما عن نزيف أو جلطة دموية في الدماغ، وما نركز عليه هنا هو الجانب التعبيري للغة والذي يشمل قدرة الفرد على التعبير اللفظي والتواصل مع الآخرين والفشل في التعبير اللفظي في حالة فقدان النطق بشكل كلي أو ضعف في التعبير اللفظي يكون سبباً عن عوامل عضوية وهو المقصود بفقدان النطق (عبد العزيز السرطاوي؛ وجميل الصمادي، ١٩٩٨).

التدخلات التربوية والعلاجية مع الطلبة ذوي اضطرابات التواصل العصبية:

تتضمن التدخلات التربوية والعلاجية مع الطلبة ذوي اضطرابات التواصل العصبية عدة أشكال، تختلف باختلاف نوع الاضطراب، وشدته، وحالة الطفل أو الطالب الذي يعاني من تلك الاضطرابات، لكنها تتفق جميعًا في أهمية الكشف والتدخل المبكر، وأهمية دور الأسرة في معاونة الفريق متعدد التخصصات الذي يتولى معالجة تلك الاضطرابات.

وقد قدّم "دانيال هالاهان؛ وجيمس كوفمان؛ وبييج بولين" (٢٠١٣) مجموعة من التدخلات التربوية والعلاجية مع الطلبة ذوي اضطرابات التواصل العصبية على النحو التالي:

التقييم:

يتم تقييم الطالب الذي لديه اضطراب كلامي عصبي أو اضطراب كلام حركي، حيث يقيّم أخصائي النطق واللغة قدرة الطالب على:

- التحكم في التنفس.
- إنتاج الأصوات (في الحنجرة).
- الرنين.
- النطق: عن طريق الاستماع على كلام الطالب، وفحص أعضاء النطق لديه.

نظام التواصل:

تحديد نظام التواصل مع الطالب، وتوفير نظام تواصل معزز أو بديل إذا لزم الأمر، وقد يحدث ذلك في الحالات التي يؤدّي فيها الاضطراب العصبي إلى جعل كلام الطالب غير مفهوم.

التدخل الطبي أو الجراحي:

يجب أن يقوم أطباء وجرّاحون وأخصائيون في التأهيل وعلاج الاضطرابات العصبية بتقييم الطالب الذي يعاني من اضطرابات الكلام العصبية وتحديد العلاج المناسب لها (دانيال هالاهان؛ وجيمس كوفمان؛ وبييج بولين، ٢٠١٣).

خلاصة:

تتعـدد اضـطرابات التواصـل العصـبية الحركيـة، وتتعـدد أعـراض هـذه الاضطرابات، ويستوجب ذلك دقة في التعرف على تلك الاضطرابات وتشخيصها، وبالتالي إيجاد العلاج أو التدخل التربوي المناسب لكل اضطراب، وتعد الحبسة الكلامية أو الأفيزيا من أبرز اضطرابات الكلام العصبية الحركية.

النمط الأول: الحبسة الكلامية (الأفيزيا):

أولاً: الحبسة الكلامية التعبيرية/ الحركية (الأفيزيا اللفظية/ الشفوية).

ثانيًا: الحبسة الكلامية (الأفيزيا) الاستقبالية أو الحسية.

ثالثًا: حبسة (أفيزيا) تسمية الأشياء.

رابعًا: الحبسة الكلامية (الأفيزيا) الشاملة أو الكلية.

خامسًا: الحبسة الكلامية (الأفيزيا) التوصيلية.

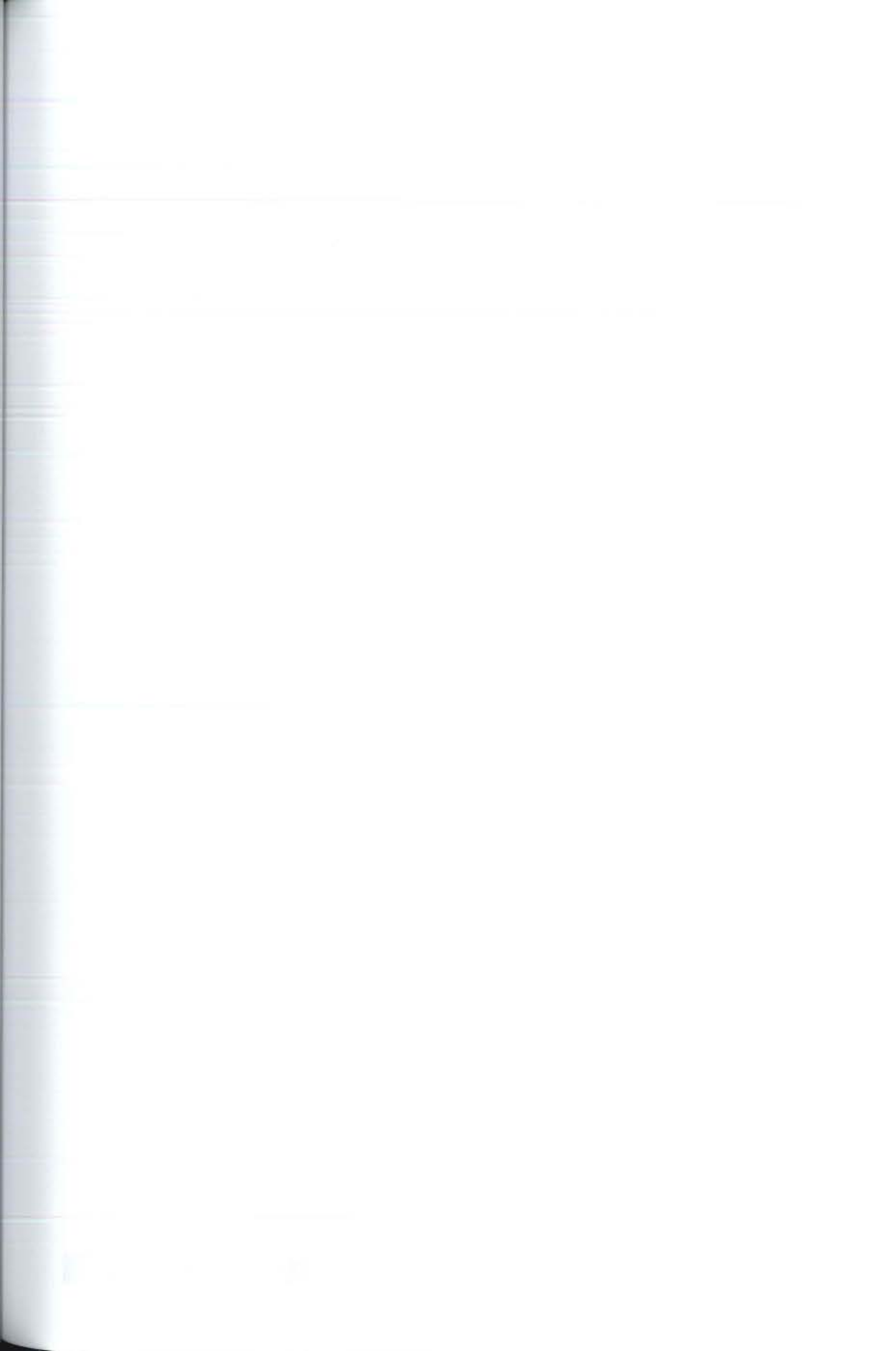
سادسًا: الحبسة الكلامية (الأفيزيا) الممتدة أو العابرة لمناطق القشرة.

النمط الثاني: الديسآرثريا أو عسر الكلام.

النمط الثالث: الخرف (خبل الشيخوخة).

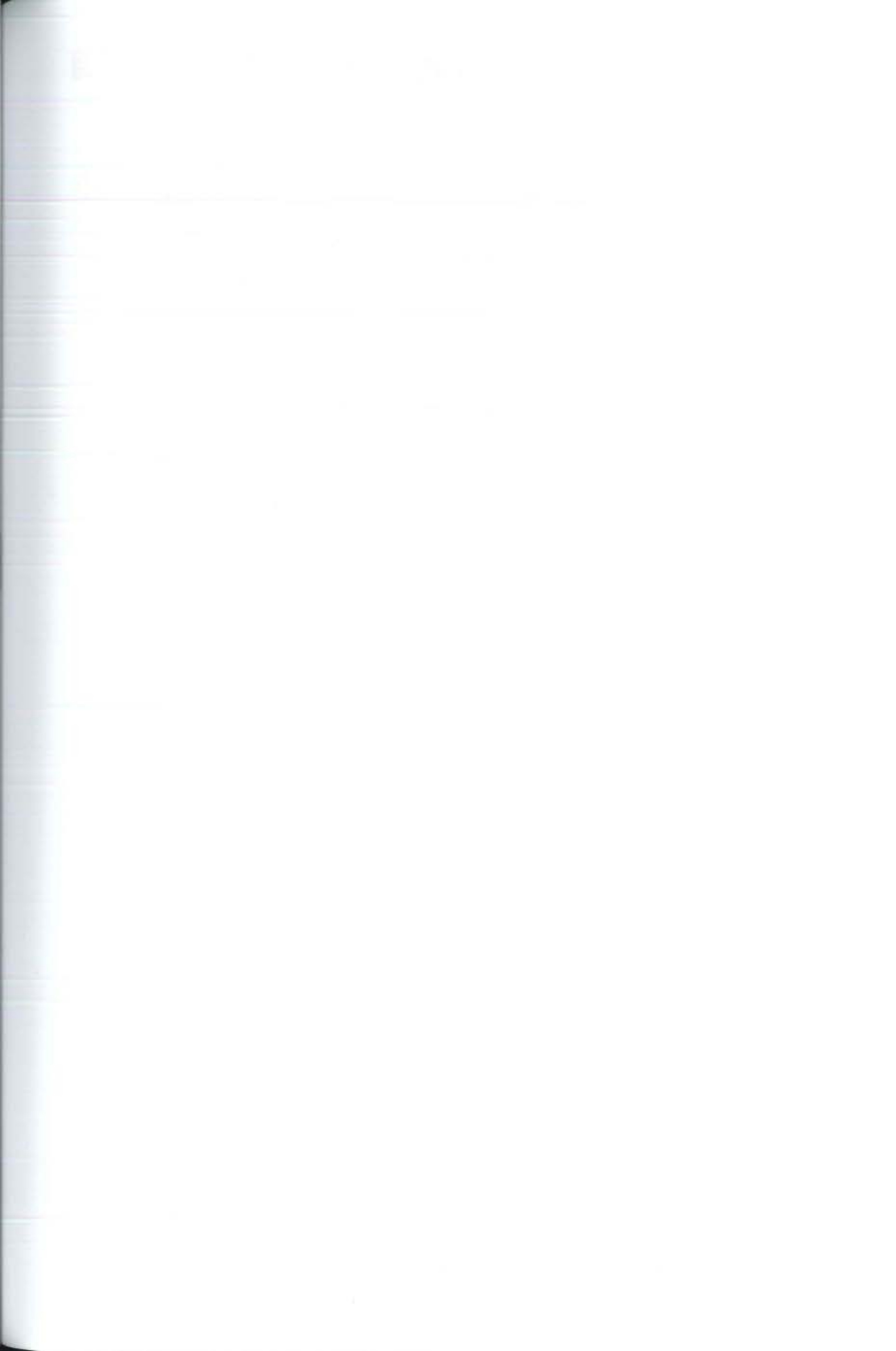
النمط الرابع: الأبراكسيا (العمه الكلامي أو عسر التلفظ).

النمط الخامس: اضطرابات التواصل العصبية لدى الأفراد ذوي الشلل الدماغي.



الفصل الثاني عشر

اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة



الفصل الثاني عشر

اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة

تمهيد:

يتناول الفصل الحالي اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث يبدأ بعرض مفهوم التربية الخاصة، وفئات الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، ومظاهر اضطرابات التواصل المنتشرة لدى بعض الطلبة في العديد من هذه الفئات كاضطرابات النطق والكلام واضطرابات اللغة، وينتهي الفصل بخلاصة حول ما ورد فيه، وذلك على النحو التالي:

الطلبة ذوو الاحتياجات الخاصة

قبل عرض مظاهر اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوو الاحتياجات الخاصة، يمكن إلقاء الضوء على مفهوم التربية الخاصة، وفئات الطلبة المفترض استفادتهم من الخدمات التربوية الخاصة، والتي من بينها خدمات علاج اضطرابات النطق والكلام، وعلاج اضطرابات التواصل.

مفهوم التربية الخاصة Special Education:

يجمع موضوع التربية الخاصة بين عدد من العلوم، وتمتد جذوره إلى ميادين علم النفس والتربية، وعلم الاجتماع والقانون، والطب، كما يتناول موضوع التربية الخاصة الأشخاص غير العاديين الذين ينحرفون انحرافًا ملحوظًا عن الأشخاص العاديين في نموهم العقلي أو الحسي أو الانفعالي أو الحركي أو اللغوي، مما يستدعي اهتمامًا خاصًا من قبل المربين بهؤلاء الأشخاص من حيث طرائق التعرف عليهم ووضع برامج تربوية وطرائق تدريس خاصة تناسبهم، وقد ظهرت العديد من الجمعيات والمنظمات والمؤسسات وجميعها تُعنى بالأشخاص غير العاديين، وعُقدت مؤتمرات وندوات تُعنى بهم، وزاد عدد المراكز التي تقدِّم خدماتها لهم (فاروق الروسان، ٢٠١٠: ١٢).

وتُعرف "التربية الخاصة" على أنها: "مجموعة الخطط والبرامج والطرق والوسائل التي تم تصميمها لتلبية ومسايرة الاحتياجات الخاصة للأطفال غير العاديين" (يزيد الناصر، ٢٠١٠: ٢٢). كما يُقصد بمصطلح "التربية الخاصة": تلك البرامج التعليمية

التي تم إعدادها لمواكبة الاحتياجات الخاصة للطفل (ديان برادلي، ومارجريت سيرز، وديان سوتلك، ٢٠١١ : ٣٧). والتربية الخاصة هي "فرع من فروع التربية يُعنى بتعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة بطريقة تعالج الفروق الفردية بين الطلبة وتلبي احتياجاتهم الفردية" (جمال الخطيب، ٢٠١٣ : ١٠).

وتهتم التربية الخاصة بتوظيف أساليب تدريس، أو أدوات، أو معامل أو تجهيزات خاصة، فعلى سبيل المثال: الأطفال ذوو الإعاقة البصرية يحتاجون إلى مواد تعليمية ذات حروف كبيرة أو مكتوبة بطريقة برايل، وكذلك الأطفال ذوو الإعاقة السمعية قد يحتاجون إلى سمّاعات، أو إلى استخدام لغة الإشارة، والأطفال ذوو الإعاقة الجسدية يحتاجون إلى معينات أو أجهزة تعويضية أو أدوات خاصة، والأطفال ذوو الاضطرابات النفسية قد يحتاجون إلى فصول أصغر، أو إلى مواد مرتبة أكثر، وكذلك الأطفال ذوو المواهب الخاصة قد يحتاجون إلى التواصل مع المتخصصين في مجال موهبتهم، أو تفوقهم العقلي. وتوفير الخدمات المرتبطة، مثل: المواصلات، والرعاية النفسية، والبدنية، والمهنية، والطبية، بحيث تتلائم واحتياجات ذوي الاحتياجات الخاصة هو أمر بالغ الأهمية. حتى تتمكن خدمات التربية الخاصة من تحقيق أهدافها بفاعلية (دانييل هالاهان؛ وجيمس كوفمان؛ وبييج بولين، ٢٠١٣ : ٣٣).

والطلبة ذوو الاحتياجات الخاصة هم الذين تقتضي حاجاتهم التربوية غير العادية تزويدهم بخدمات تعليمية تدريبية يتم تخطيطها على مستوى فردي، ويختلف أداؤهم جوهريًا عن أداء وقدرات الطلبة الآخرين (جمال الخطيب، ٢٠٠٥ : ٩).

تصنيف الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة:

تختلف تصنيفات الطلبة ضمن فئات التربية الخاصة من وقت ومكان إلى وقت ومكان آخر، وذلك وفقًا لما تقتضيه نتائج البحوث والدراسات، ونتيجة لتطور عمليات التعرف والتشخيص الفارق وزيادة الخبرات في ميدان التربية الخاصة، مما يؤدي ظهور فئات جديدة أو بالأحرى فصل فئة عن فئة لتصبح فئة جديدة إضافية، أو ضم فئتين معًا لتصبحان فئة واحدة، ويمكن عرض أهم الفئات المعروفة في وقتنا الراهن على النحو التالي:

- صعوبات التعلم.

- اضطرابات التواصل.
- الإعاقة العقلية.
- الاضطرابات الانفعالية.
- الاضطرابات السلوكية.
- الصمم.
- ضعف السمع.
- كف البصر.
- ضعف البصر.
- اضطراب طيف التوحد.
- اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.
- الإعاقة الجسمية.
- الإعاقة الصحية.
- التفوق.
- الموهبة.
- الابتكار.
- الإعاقات المزدوجة.
- الإعاقات المتعددة.
- الموهوبون ذوو صعوبات التعلم.
- إعاقات واضطرابات أخرى (الحالات التي لم يتم ذكرها في الفئات السابقة). أحمد (جاد المولى، ٢٠١٦: ٨٠-٨١)

انتشار اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة

تنتشر اضطرابات ومشكلات التواصل لدى العديد من الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، وقد رصدت بعض البحوث والدراسات أنواع المشكلات والاضطرابات المتعلقة بالتواصل لدى فئات مختلفة من الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة.

ويذكر "رأفت خطاب" (٢٠١٤) نتائج دراسة اهتمت بانتشار اضطرابات النطق والكلام بين بعض فئات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث هدفت تلك الدراسة إلى تحديد نسب انتشار اضطرابات النطق والكلام بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية، والطلبة ذوي الإعاقة السمعية، ومدى اختلافها باختلاف نوع الإعاقة ودرجتها، وكذلك نوع الاضطراب في كل إعاقة، وقد تضمنت عينة الدراسة ٦٨ طفلاً وطفلة (٣٨ ذكورًا، ٣٠ إناثًا) من ذوي الإعاقة العقلية ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين ٨ - ١٥ عامًا، ضمن فئتي الإعاقة العقلية البسيطة (معاملات ذكائهم تراوحت ما بين ٧٥ - ٦٠) والإعاقة العقلية المتوسطة (تراوحت معاملات ذكائهم ما بين ٥٥ - ٤٥)، أُخذت العينة من معهدي التربية الفكرية بشرق وغرب الرياض، وقد تم إجراء دراسة حالة لأفراد العينة بعد تقرير المعلمين من أنهم يعانون من مشكلات في الكلام. وبفحص التسجيلات الصوتية وتقارير المحادثات الشفهية لجميع أفراد العينة. اتضح أن (٢٠) طفلاً منهم (١٢ ذكراً ، ٨ إناث) يعانون من اضطرابات في النطق فقط أي بنسبة ٢٩.٤١٪ وجميعهم من فئة الإعاقة العقلية البسيطة. كما اتضح أن (٤٨) من الأطفال (٢٦ ذكراً، ٢٢ أنثى) يعانون من اضطرابات نطق وكلام متعددة تشمل: اضطرابات النطق والصوت واللجلجة أي بنسبة ٧٠.٥٩٪، وينتمي (٣٨) منهم إلى فئة الإعاقة العقلية المتوسطة، و(١٠) إلى فئة الإعاقة العقلية البسيطة.

وقد أوضحت تقارير دراسة الحالة، وتحليل التسجيلات الصوتية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية أنهم جميعاً يعانون من اضطرابات النطق والكلام بدرجة أو بأخرى. بيد أن هذه الاضطرابات تزداد كماً وكيفاً بزيادة شدة أو درجة الإعاقة العقلية. فقد اتضح أن معظم الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة يمارسون كلاماً مفهوماً، ويمكنهم من التواصل بوضوح - إلى حد كبير - مع الآخرين.

وفي تقرير أشار إليه "جمال الخطيب" (٢٠١٣)، بخصوص توزيع الأطفال ذوي الإعاقة في المدارس الابتدائية والإعدادية (المتوسطة) في الولايات المتحدة الأمريكية حسب نوع الإعاقة، سجلت اضطرابات الكلام واللغة المركز الثاني من حيث نسبة

الانتشار بين طلبة تلك المدارس، بينما سبقتها في المركز الأول صعوبات التعلم، وتلتها في المركز الثالث الإعاقة العقلية.

وتنتشر اضطرابات التواصل بدرجة كبيرة لدى الأطفال ذوي الإعاقات الأخرى فأكثر من ٢٦٪ من الأطفال ذوي الإعاقات يعانون من اضطرابات التواصل، حوالي ٢٪ منهم من ذوي الإعاقة السمعية، وأغلب الأطفال ذوي الإعاقة العقلية –وعددهم (٦) ملايين طفلاً يعانون من مشكلات اللغة والكلام (رأفت خطاب، ٢٠١٤).

وفيما يلي توضيح خصائص عمليات التواصل لدى الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، وما قد يعتريها من اضطرابات، وذلك على النحو التالي:

اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم:

تحتل فئة ذوي صعوبات التعلم مكانة بارزة ضمن فئات ذوي الاحتياجات الخاصة، نظرًا لكونها تنتشر بنسب كبيرة بين العديد من الأطفال في مراحل عمرية مختلفة، وتؤدي إلى تعثرهم، وحدوث جملة من المشكلات التعليمية والنفسية والاجتماعية، ولا يكاد أي فصل دراسي يخلو من حالة أو أكثر من حالات الأطفال الذين يعانون من صعوبات في تعلم إحدى المواد الدراسية (محمود بدوي؛ وأحمد جاد المولى، ٢٠١٣).

وقد أدَّى التحدي المتمثل في تحديد طبيعة صعوبات التعلم وتفسيرها إلى مضاعفة جهود المختصين لتحديد أفضل الطرق والأساليب التي يمكن اللجوء إليها لتعليم أفراد تلك الفئة (دانييل هالاهان؛ وجيمس كوفمان؛ وبييج بولين، ٢٠١٣).

ويُعرِّف "نبيل حافظ" (٢٠٠٠) صعوبات التعلم بأنها عبارة عن اضطراب في العمليات العقلية أو النفسية الأساسية التي تتضمن الانتباه والإدراك وتكوين المفهوم والتذكر وحل المشكلات، يظهر صداه في عدم القدرة على تعلم القراءة والكتابة والحساب، وما يترتب عليه سواء في المدرسة الابتدائية أساسًا أو فيما بعد من قصور في تعلم المواد الدراسية المختلفة.

ويتفق "إيهاب الببلاوي"، و"السيد أحمد"، و"حسن مسلم" (٢٠١٢) مع "عادل عبد الله" (٢٠٠٦) على أن صعوبات التعلم الأكاديمية تضم عدة مكونات فرعية، وفي مقدمتها المكونات الثلاثة التالية:

- المكون الأول: يضم صعوبات اللغة (الشفوية والمكتوبة).
- المكون الثاني: يضم صعوبات الكتابة.
- المكون الثالث: صعوبات الحساب.

ويمكن فهم ما تشير إليه صعوبات التعلم من خلال النقاط التالية:

– **من الناحية العامة:** يعني مصطلح صعوبة التعلم المحددة وجود اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية، المتضمنة في فهم اللغة المكتوبة أو المنطوقة أو استخدامها، وهو الاضطراب الذي قد يظهر في شكل قصور في قدرة الطفل على الاستماع، أو التفكير، أو الكلام، أو القراءة، أو الكتابة، أو التهجئة، أو إجراء العمليات الحسابية المختلفة.

– **الاضطرابات المتضمنة:** يتضمن هذا المصطلح حالات معينة مثل صعوبات الإدراك، وإصابات الدماغ، واختلال الأداء الوظيفي الدماغي البسيط، وعسر القراءة، والحبسة الكلامية التطورية.

- **الاضطرابات غير المتضمنة:** لا يتضمن هذا المصطلح مشكلات التعلم الناجمة عن إعاقات بصرية، أو سمعية، أو حركية، أو عقلية، أو اضطراب انفعالي، أو ناجمة عن أية ظروف بيئية، أو ثقافية، أو اقتصادية غير داعمة للطفل (دانييل هالاهان؛ وجيمس كوفمان؛ وبييج بولين، ٢٠١٣: ٨٨- ٨٩)

مظاهر اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم:

تتعدد مظاهر اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم، وقد تظهر لديهم اضطرابات الصوت، أو اضطرابات النطق، أو اضطرابات الطلاقة، إضافة إلى اضطرابات في اللغتين الاستقبالية والتعبيرية. وقد بينت بحوث ودراسات في مجال صعوبات التعلم ما يلي:

- أخطاء في قواعد التهجي Spelling Rule Errors: وتشمل المقاطع التي تضاف في بداية أو نهاية الكلمة وكذلك الحروف المضعفة، والأخطاء البصرية Visual errors: وفيها يكون الشكل العام للكلمة ثابتاً، ولكن النطق يختلف، وأخطاء السياق Context errors: فقد يتهجى التلميذ الكلمة بصورة صحيحة

حينما تكون مفردة، ويخطئ حينما تكون داخل جملة (Cromer, 1980 في: نهاد حمودة، ٢٠٠٣؛ محمود بدوي، ٢٠٠٨).

- الخلط بين الحروف المتشابهة في الصوت (و. كاتس؛ أ. كامهي، ١٩٩٨).
- الخطأ في وصل الحروف، ودمج بعضها في شكل يصعب تمييزه، ويضيفون بعض الحروف بما يغير شكل ومعني الكلمة (عبد الناصر أنيس، ١٩٩٣).
- صعوبات الكتابة الصوتية: Phonoloical Dysgraphia ويقصد بها: عدم قدرة الطفل على جمع الحروف معاً، واستخدام العناصر المعتمدة على الصوت في الكلمات ليصل إلى تهجيها، فلا يكون باستطاعته سوى تهجى الكلمات ذات المعنى، وبالتالي فهو يبدو مسيطراً على المعلومات الدلالية للكلمة لكن لديه صعوبة في السيطرة على القواعد المعتمدة على الصوت، وعندما تظهر صعوبات الكتابة النمائية الصوتية لدى الأطفال، فهي تؤثر على القواعد المعتمدة على الصوت، لكن تظل المعرفة الخاصة بالكلمات في حالة جيدة، وقد يصاب النظامان -الصوتي والدلالي- عند بعض الأطفال، الأمر الذى يؤدي إلى اضطراب تهجئة أشد سوءاً (محمود بدوي، ٢٠٠٨).
- الحبسة الكلامية Aphasia قد تكون مصاحبة لصعوبات تعلم الرياضيات (Barron, 1992).
- اضطراب التعبير (Gilbert, 1992).
- قصور في المعالجة الكلامية، المفردات، والتهجي، والذاكرة قصير المدى. (خالد زيادة، ٢٠٠٦).

اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية:

- تُعرَّف الإعاقة العقلية على أنها إعاقة في بعض جوانب النمو، تظهر لدى الأشخاص تحت سن ١٨ سنة وتحدد بمستوى من الوظائف العقلية (كما يقاس باختبارات الذكاء المقننة) أقل من المتوسط، وتؤدي إلى قصور ملحوظ في مهارات الحياة اليومية للفرد (Martin & DeWitt, 2005).

وأما تعريف الموسوعة البريطانية فيشير إلى أن الإعاقة العقلية هي قدرة عقلية دون المتوسط تظهر منذ الميلاد أو خلال مرحلة الطفولة، وتتسم بالنمو غير الطبيعي ومشكلات في التعلم، ومشكلات في التكيف الاجتماعي (Britannica Concise Encyclopedia, 2010).

وأوردت موسوعة "كولومبيا" تعريفاً للإعاقة العقلية ينص على ما يلي:

"تعبر الإعاقة العقلية عن مستوى أقل من المتوسط في الوظائف العقلية، يحدد عادة بمعامل ذكاء أقل من ٧٠- ٧٥، يصاحبه قدرات محدودة في أداء مهارات الحياة اليومية الضرورية كالتواصل والقدرة على رعاية الذات والقدرة على العمل (Columbia Encyclopedia, 2010).

والإعاقة العقلية تبعًا للتعريف الذي قدَّمته "الجمعية الأمريكية للإعاقات العقلية والنمائية في عام ٢٠٠٨ هي إعاقة تتسم بانخفاض ملحوظ في كل من الأداء العقلي والسلوك التكيفي اللذين تمثلهما المهارات المفاهيمية والاجتماعية والتكيفية العملية، وهذه الإعاقة تظهر قبل سن الثامنة عشر من العمر (ولاء مصطفى، وهويدة الريدي، ٢٠١١: ٢١).

ويمكن استنتاج التصنيف التالي لفئات الإعاقة العقلية بوجه عام:

- فئة الإعاقة العقلية البسيطة: يتسم أفرادها بمعاملات ذكاء تتراوح ما بين ٧٠- ٧٥ كحد أعلى إلى ٥٠- ٥٥ كحد أدنى، مع قصور بسيط في السلوك التكيفي.
- فئة الإعاقة العقلية المتوسطة: يتمتع أفرادها بمعاملات ذكاء أقل تتراوح ما بين ٥٠- ٥٥ كحد أعلى إلى ٣٥- ٤٠ كحد أدنى، مع قصور متوسط في السلوك التكيفي.
- فئة الإعاقة العقلية الشديدة: يتمتع أفرادها بمعاملات ذكاء متدنِّية تتراوح ما بين ٣٥- ٤٠ كحد أعلى إلى ٢٠- ٢٥ كحد أدنى، مع قصور شديد في السلوك التكيفي.
- فئة الإعاقة العقلية الشديدة جدًا: يتمتع أفرادها بمعاملات ذكاء أقل من ٢٠- ٢٥، مع قصور شديد جدًا في السلوك التكيفي (أحمد جاد المولى، ٢٠١٣)

وتتمثل أهم البدائل التربوية المقدمة لذوي الإعاقة العقلية في الانتظام داخل فصول التعليم العام، والفصول الملحقة بمدارس التعليم العام، ومدارس التربية الفكرية، ومؤسسات التأهيل، ومدارس الإقامة الداخلية، والمستشفيات للحالات الشديدة منهم.

مظاهر اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية:

يعاني الطلبة ذوو الإعاقة العقلية من انتشار اضطرابات النطق لديهم بصورة أكبر مما لدى العاديين وإن كانت تختلف هذه النسبة لديهم باختلاف العمر الزمني وشدة الإعاقة، وقد قام "إنجالس" بتحليل عدد كبير من الدراسات التي اهتمت بالتعرف على اضطرابات اللغة والنطق لدى الأفراد ذوي الإعاقة العقلية، وقد توصل إلى عدد من الحقائق والتي كان من أهمها ما يلي (حسن عبد المعطي؛ وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٧):

- أن اضطرابات النطق هي الأكثر شيوعاً بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية، يليها اضطرابات الصوت التي تأتي في المرتبة الثانية.
- لا يوجد نوع محدد من اضطرابات النطق يمكن أن يميِّز فئة من فئات الإعاقة العقلية عن الفئات الأخرى.
- تظهر العديد من مشكلات التواصل لدى هؤلاء الطلبة، تختلف شدتها بمدى شدة الإعاقة العقلية، فكلما ازدادت شدة الإعاقة ازدادت شدة تلك المشكلات، وعموماً فإن الأطفال ذوي الإعاقة العقلية يعانون من البطء في تعلم الأصوات الكلامية للغة، وعندما يتعلمونها يظهرون العديد من أخطاء النطق (حسن عبد المعطي؛ وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٧)

كما يعاني الأطفال ذوو الإعاقة العقلية بوجه عام من اضطرابات وتأخر لغوي، وتعد هذه المسألة طبيعية؛ لأن اللغة نشاط عقلي، لذلك فإن تأخر واضطرابات اللغة تتأثر بشدة الإعاقة العقلية، حيث تشتد كلما اشتدت درجة الإعاقة العقلية، فتكون عند ذوي الإعاقة العقلية الشديدة أكثر مما عند ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة والإعاقة العقلية البسيطة، وبوجه عام، تعد الإعاقة العقلية من أسباب

اضطرابات النطق والكلام المتعلقة بمرحلة المراهقة، إذ قد تكون أعضاء الاستقبال سليمة لكن الخلل يكون في عملية المعالجة (إسماعيل بدر، ٢٠١٠).

ومن ناحية أخرى فإن القليل من الطلبة ذوي الإعاقة العقلية تظهر لديهم المصاداة والكلام غير المفهوم وبعضهم - خاصة الطلبة ذوي متلازمة داون - لا نجد لديهم مهارات لغة تشبه مستواهم العقلي العام، وفي بعض المهام غير اللفظية المحددة نجد أن البعض لديه مستوى عقلي يدعم ارتفاع مهارات اللغة أكثر من قدرتهم الفعلية، ومن الممكن استفادتهم كثيراً من برامج التدريب على مهارات اللغة التي ثبت نجاحها مع الطلبة ذوي الإعاقة العقلية (حسن عبد المعطي؛ وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٧).

وتعتبر اللغة من المشكلات التي تواجه الأطفال ذوو الإعاقة العقلية المتوسطة، حيث نجد أن الطفل ما بين الثالثة والخامسة من عمره يستخدم أصواتًا عديمة المعنى وإن كانت تبدو كأنها كلام. كما أن هؤلاء الأطفال يقدرون على الفهم أكثر من التكلم، ويكونوا قادرين على فهم الأوامر مثل قف، تعالى هنا، أعطي، ... وهكذا (إليانور وبيتي، ١٩٩٩: ٥٩). كما تعتبر المشكلات المرتبطة بالجوانب اللغوية مظهراً مميزاً للإعاقة العقلية، وعلى ذلك فليس من المستغرب أن نجد أن مستوى الأداء اللغوي للأطفال ذوي الإعاقة العقلية أقل بكثير من مستوى الأداء اللغوي للأطفال العاديين الذين يناظرونهم في العمر الزمني. وتتنوع مظاهر هذا القصور في القدرات اللغوية ما بين التأخر في الكلام وضعف القدرة التعبيرية، وبعض عيوب الكلام (فاروق الروسان، ١٩٩٨: ١٠٣).

ويتفق مع ذلك "عادل عبد الله" (٢٠٠٤: ٨٥- ٨٦) حيث ذكر أن المشكلات اللغوية تعتبر من أهم المشكلات التي ترتبط بالإعاقة العقلية وتنتج عنها، كما أنها تزداد في الدرجة مع زيادة شدة الإعاقة العقلية. وإلى جانب ذلك فإن اضطرابات النطق والكلام ترتبط كمًا وكيفًا بدرجة الإعاقة العقلية حيث تقل في حالة الإعاقة العقلية البسيطة، وتزداد مع زيادة مستوى الإعاقة العقلية من المتوسط إلى الشديد، ثم تضطرب تمامًا في حالة الإعاقة العقلية الشديدة جدًا.

ويعاني الأطفال ذوو الإعاقة العقلية المتوسطة من مشكلات وصعوبات لغوية مختلفة من أهمها ما يلي:

- البطء الملحوظ في النمو اللغوي.
- التأخر في النطق.
- التأخر في اكتساب قواعد اللغة.
- ضآلة المفردات اللغوية وبساطتها.
- بساطة التراكيب اللغوية وسطحيتها.
- تدني مستوى الأداء اللغوي (عبد المطلب القريطي، ٢٠٠٥)

ويتسم الأطفال ذوو الإعاقة العقلية المتوسطة بأنهم بطيئون في تطوير فهم واستخدام اللغة، ويكون مستوى تحصيلهم في هذا المجال محدودًا، كما أن مستوى نمو اللغة لديهم متفاوت، وبعضهم يمكن أن يشترك في محادثات بسيطة، بينما آخرون تكون لديهم لغة تكفي فقط للتعبير عن حاجاتهم. والبعض الآخر لا يمكنه أن يتعلم استخدام اللغة على الإطلاق، رغم أنهم قد يفهمون بعض التعليمات، وقد يتعلمون استخدام الإشارات اليدوية، ليستعيضوا بها عن جوانب العجز اللغوي لديهم إلى حد ما (محروس الشناوي، ١٩٩٧: ٧١؛ المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية ICD/10، 241 :1999).

ويعاني أفراد هذه الفئة قصورًا في اللغة والكلام أشد في درجته من قصور فئة ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، ففي حين نجد أن العديد من أفراد فئة الإعاقة العقلية البسيطة يمكنهم أن يطوِّروا قدراتهم اللغوية بشكل يساعدهم على التواصل بدرجة معينة، نجد أن عددًا بسيطًا أو محدودًا من أفراد فئة الإعاقة العقلية المتوسطة بإمكانهم أن يطوروا قدراتهم على التواصل المحدود إذا ما توفرت لديهم البرامج العلاجية والتعليمية المناسبة. (كمال سيسالم، ٢٠٠٥: ٢٠)

كما أن الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بالإضافة إلى قلة حصيلتهم اللغوية قياسًا بالأطفال العاديين، فهم يتأخرون في الاستجابة للأصوات والتفاعل معها، وقصور الفهم والتقليد والمحاكاة، ويسوء الأمر أكثر في الإنتاج التلقائي، مثل عدم الاتساق

والتفكك والأخطاء، واضطرابات النطق كالتشويه والتحريف والإبدال، كما يتصفون بالكلام الطفولي، إضافة إلى اضطرابات الصوت حيث يكون صوتهم بوتيرة واحدة، وهذه العيوب ليست بدرجة واحدة وإنما تختلف باختلاف شدة الإعاقة العقلية (إسماعيل بدر، ٢٠١٠).

وعلى ذلك يمكن القول أن القصور في مظاهر النمو اللغوي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية يتناسب مع شدة الإعاقة العقلية، فكلما زادت مظاهر القصور في النمو اللغوي دل ذلك على شدة الإعاقة العقلية، وبالتالي فإننا نجد لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة قصورًا بسيطًا، ونجد لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة قصورًا متوسطًا، بينما نجد لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية الشديدة قصورًا شديدًا في النمو اللغوي (أحمد جاد المولى، ٢٠١٣).

ويمكن أن تتمثل أهم نواحي القصور في النمو اللغوي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة فيما يلي:

- اضطرابات وتأخر في النمو اللغوي.
- اضطرابات النطق وعيوب الكلام.
- قصور عمليات المعالجة المرتبطة بإنتاج الكلام.
- استخدام أصوات عديمة المعنى في بعض الأحيان.
- قصور اللغة التعبيرية.
- التأخر في الكلام.
- قصور في فهم اللغة.
- قصور في استخدام اللغة.
- قصور في تعلم اللغة عمومًا.
- تدني الحصيلة اللغوية (أحمد جاد المولى، ٢٠١٣)

وذكر "لويس مليكة" (١٩٩٨: ٢٤٣) أن هناك كثيرًا من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية يعجزون بغير تدخلات عن اكتساب المهارات اللغوية في بيئاتهم العادية، ولذلك اتجهت البحوث والدراسات إلى الكشف عن متغيرات البيئة التي يمكن أن تحقق لذوي الإعاقة العقلية ما عجزت البيئة العادية عن تحقيقه وهو تعلم اللغة.

كما أن الصور الوصفية لقدرات ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة تتباين، ففي حين يصل بعضهم إلى مستويات أعلى في المهارات البصرية والمكانية قياسًا بتلك المهام التي تعتمد على اللغة نجد أن بعضهم الآخر يتمتع بالتفاعل الاجتماعي والحوار البسيط. وفيما يتعلق بمستوى النمو اللغوي لأعضاء هذه الفئة فإنه يتباين بين ما يسمح لهم بالاشتراك في محادثات بسيطة، وما يسمح لهم بتوصيل احتياجاتهم الأساسية للآخرين، أو عدم استخدام اللغة مع أنهم يفهمون التعليمات البسيطة ويستخدمون الإشارات اليدوية لتعويض هذا القصور اللغوي (أحمد عكاشة، ١٩٩٢).

ومن الدراسات المعاصرة التي اهتمت بتنمية بعض المهارات اللغوية لدى عينة من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة من خلال برنامج للتدخل المبكر صُمِّم في ضوء خصائصهم، تلك الدراسة التي أجراها "محمد الثبيتي" (٢٠١١)، وقد تكونت فيها عينة الدراسة من ٢٠ طفلاً، تم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية ضمت ١٠ أطفال (٥ ذكور، و٥ إناث)؛ وضابطة ضمت ١٠ أطفال (٦ ذكور، و٤ إناث). واستخدم الباحث استمارة جمع بيانات أولية خاصة بكل طفل، ومقياس المهارات اللغوية الاستقبالية، ومقياس المهارات اللغوية التعبيرية، وبرنامج التدخل المبكر وجميعها من إعداده، كما كان من ضمن أدواته مقياس ستانفورد- بينيه للذكاء (الصورة الرابعة) تعديل "لويس مليكة" (١٩٩٨)، ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة المصرية إعداد "عبد العزيز الشخص (٢٠٠٦).

وقد أسفرت نتائج دراسة "الثبيتي" عن أن البرنامج الذي استخدمه في دراسته أدى إلى تنمية المهارات اللغوية لدى عينة الدراسة من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة، من حيث المهارات اللغوية الاستقبالية التي تمثلت في الوعي السمعي، وتمييز الأصوات، والتعرف اللغوي، والاستيعاب اللغوي واستخدام اللغة، ومن حيث المهارات اللغوية التي تمثلت في إصدار الأصوات، وإصدار الكلمات، وتركيب الكلمات، وتركيب الجمل، والمحادثة اللغوية.

اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

استُخدمت مصطلحات مختلفة للإشارة إلى ذوي الاضطرابات الانفعالية والسلوكية من بينها اضطرابات السلوك والاضطرابات الانفعالية والإعاقة الانفعالية واضطرابات الشخصية وسوء التوافق الاجتماعي والجنوح (عبد المطلب القريطي، ٢٠١١).

وقد حدد قانون تربية ذوي الإعاقات وجود شروط معينة لاكتشاف الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وذلك على النحو التالي (دانييل هالاهان؛ وجيمس كوفمان؛ وبييج بولين، ٢٠١٣: ١٨٣):

الشرط الأول: وجود واحد أو أكثر من الشروط التالية لفترة طويلة من الوقت، وبدرجة ملحوظة تؤثر سلبًا على الأداء التعليمي:

أ- عدم القدرة على التعلم والتي لا يمكن تفسيرها من خلال العوامل العقلية أو الحسية، أو الصحية.

ب- عدم المقدرة على إقامة علاقات شخصية ملائمة مع الأقران والمعلمين، أو الاحتفاظ بها.

ج- ظهور أنماط غير عادية من السلوك أو المشاعر في ظل الظروف العادية.

د- مزاج أو شعور عام شامل بالتعاسة أو الاكتئاب.

هـ- نزعة عامة لتكوين أعراض جسمية وآلام ومخاوف مرتبطة بمشكلات شخصية أو مدرسية.

الشرط الثاني: الاضطراب الانفعالي يتضمن الفصام. ولا ينطبق على الأطفال سيئو التوافق الاجتماعي ما لم يتقرر أنهم يعانون من اضطراب انفعالي (دانييل هالاهان؛ وجيمس كوفمان؛ وبييج بولين، ٢٠١٣: ١٨٣)

ويذكر "كوفمان" Kauffman أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية تلاحظ بشكل شائع لدى الأطفال سواء في فصول أو مدارس التربية الخاصة أو المدارس العادية، بصرف النظر عن فئاتهم الشخصية، وأن هذه الاضطرابات تعد من المجالات الأساسية في التربية الخاصة، فهؤلاء الأطفال من وجهة نظر "كوفمان" أطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة، ولا تتحدد هذه الصفة نظرًا لإعاقتهم فحسب،

ولكن أيضا تتحدد من خلال سلوكياتهم غير المتوافقة مع البيئة الاجتماعية التي يعيشون فيها، وهذه السلوكيات الدالة على الاضطراب تؤدي بدورها إلى تعطيل نمو هؤلاء الأطفال، لأنها تعتبر سلوكيات غير سوية في كل الثقافات تقريبًا (عبد الرحمن سليمان، ٢٠١٣).

ويتلقى الطلبة ذوو الاضطرابات الانفعالية تعليمهم مع العاديين في فصول التعليم العام، ويحصلون على نفس الخدمات التربوية المقدمة لجميع الطلبة، بالإضافة إلى التدخلات النوعية من فريق العمل متعدد التخصصات الملائم لكل حالة منهم على حده، والذي يبرز فيه دور الأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي، ومعلم التربية الخاصة، نظرًا لطبيعة الاضطرابات التي يعاني منها هؤلاء الطلبة، والتي تحتاج غالبًا إلى إرشاد نفسي من قبل متخصصين.

وتتسم الاضطرابات السلوكية في شدتها ودرجتها بكونها حالة تقع بين كل من المشكلات السلوكية من جهة والمرض النفسي من جهة أخرى (نائل أخرس، ٢٠١٤: ٣٥). وتصنف الاضطرابات السلوكية حسب شدتها على متصل يبدأ بالاضطرابات في صورتها الخفيفة وينتهي بالاضطرابات في صورتها الشديدة (أسماء جاد المولى، ٢٠١٤).

ويذكر "عبد الرحمن سليمان" (٢٠١٠) أن الاضطرابات السلوكية جزء من منظومة أوسع وأشمل هي الاضطرابات النفسية والعقلية والتي نستعين في تحديدها بكل من الدليل العلمي للاضطرابات العقلية والسلوكية ICD الصادر عن هيئة الصحة العالمية، والدليل التشخيصي والإحصائي الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM.

ويشير "يوسف القريوتي" و"عبد العزيز السرطاوي" و"جميل الصمادي" (٢٠٠١) إلى أن استخدام مصطلح اضطراب السلوك أعم وأشمل من غيره من المصطلحات حيث يشمل قطاعًا واسعًا من أنماط السلوك، كما أنه أكثر وصفا للسلوك الظاهر الذي يسهل التعرف عليه، فضلاً عن كونه مفيدًا للمعلم أكثر من مصطلح الاضطرابات الانفعالية الذي يقوم على افتراض أسباب داخلية للاضطرابات، ويعتمد على التصنيف الطب النفسي.

وقد أشار "دانييل هالاهان؛ وجيمس كوفمان؛ وبييج بولين" (٢٠١٣: ٢٠٢) إلى مجموعة من الاستراتيجيات المتبعة مع ذوي الاضطرابات السلوكية والتي تمثلت في: التدخلات المنتظمة المعتمدة على قاعدة بيانات؛ والتقييم المستمر ومراقبة التقدم؛ وممارسة مهارات جديدة؛ والعلاج المناسب للمشكلات؛ وتعدد تخصصات المعالجين؛ وتعميم المهارات المتعلمة؛ واستمرارية التدخل. كذلك فإن كيفية ضبط المشاعر والسلوك وتهذيبهما، وكيفية التعامل مع الآخرين تعد من الملامح الأساسية التي تميز المنهاج الدراسي الذي يتم تقديمه لهؤلاء الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية أو ذوي الاضطرابات الانفعالية؛ حيث لا نتوقع تعلمهم مثل هذه المهارات دون حصولهم على التعليم اللازم في هذا الإطار (دانييل هالاهان؛ وجيمس كوفمان؛ وبييج بولين، ٢٠١٣: ٢٠٤).

وتصنف الاضطرابات السلوكية حسب شدتها على متصل يبدأ بالاضطرابات في صورتها الخفيفة وينتهي بالاضطرابات في صورتها الشديدة (أسماء جاد المولى، ٢٠١٤).

وتنتشر الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال والمراهقين، وهناك عديد من الكتابات التي تناولت علاج هذه الاضطرابات وطرق التعامل معها. ومن بين تلك الاضطرابات: اضطراب المزاج Mood disorder؛ والقلق Anxiety؛ واضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD؛ والسلوك الفوضوي Disruptive behavior؛ واضطرابات النمو المنتشرة وخاصة طيف التوحد. (Kaslow, et al, 2012).

ويعاني الطلاب ذوو الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وذوو صعوبات التعلم، وذوو الإعاقة العقلية من أوجه قصور في الجوانب الأكاديمية، والاجتماعية، والسلوكية بدرجات متفاوتة، وهذه الخصائص تجعلهم في موضع خطر للفشل الدراسي. ولأن الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية يواجهون تلك التحديات، فمن المهم للمعلمين والمربين استخدام طرق التدخل الأكثر فاعلية المتاحة أمامهم؛ لكي يصلوا إلى تحسين سلوك هؤلاء الأطفال سواء في المجال التعليمي، أو المهني، أو الاجتماعي. (McDaniel; Flower & Cheney, 2011).

مظاهر اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

نظرًا للقصور في التحكم في الانفعالات لدى الطلبة ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية، فقد يؤدي ذلك إلى تأثر قدرتهم على التواصل، حيث يمكن أن تظهر لديهم بعض اضطرابات الطلاقة كاللجلجة عند الانفعال، أو الخجل الشديد أو التوتر الشديد أو الخوف أو القلق الشديد، كما قد يعانون من عسر الكلام أو يعانون من سرعة الكلام في مواقف انفعالية متعددة يتعرضون فيها لأي ضغوط انفعالية، وتتفاوت مظاهر اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية لأن لوجود فروق كبيرة بينهم، وتحتاج التدخلات التربوية والعلاجية مع هؤلاء الطلبة إلى وجود أخصائي نفسي مع أخصائي اضطرابات التواصل.

اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي الصمم:

الصمم هو جزء من الإعاقة السمعية، وهذه الأخيرة تعبر عن "تلك المشكلات التي تحول دون أن يقوم الجهاز السمعي لدى الفرد بوظائفه، أو تقلل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة. وتتراوح الإعاقة السمعية في شدتها من الدرجات البسيطة والمتوسطة التي ينتج عنها ضعف سمعي، إلى الدرجات الشديدة جدًا، والتي ينتج عنها صمم. وتختلف المصطلحات والتسميات التي تستخدم للدلالة على الأشخاص الذين يعانون من إعاقة سمعية، وأكثر هذه المصطلحات شيوعًا هي الإعاقة السمعية Hearing Impairment، وتشمل: ضعف السمع Hard of hearing ؛ والصمم Deafness" (يوسف القريوتي؛ وعبد العزيز السرطاوي، وجميل الصمادي، ٢٠٠١).

والأصم هو الشخص الذي تحول إعاقته السمعية دون قيامه بالمعالجة المتتالية للمعلومات اللغوية عن طريق السمع، سواء باستخدام أو من غير استخدام المعينات السمعية (دانييل هالاهان؛ وجيمس كوفمان؛ وبيبج بولين، ٢٠١٣: ٣٠٠).

وقد يعتقد غالبية العامة من غير المختصين أن الأصم فاقد القدرة على السمع كلية، بينما حقيقة الأمر أن الغالبية العظمى من الصم لديهم بقايا سمعية. والاعتقاد بأن الطفل الأصم فاقد القدرة على السمع كلية يجعل الأهل والمعلمين غير

متحمسين، سواء لبذل أي جهد يُذكر لتدريب البقايا السمعية عند الطفل، أو الاهتمام بتزويد الطفل بالمعينات السمعية، وحسب تعريف اللجنة التنفيذية لمؤتمر المديرين العاملين في مجال رعاية الصم بالولايات المتحدة الأمريكية فإن الأصم هو الفرد الذي يعاني من فقد سمعي يصل إلى درجة ٧٠ ديسبل فأكثر، تحول دون اعتماده على حاسة السمع في فهم الكلام سواء باستخدام السماعات أو بدونها (يوسف القريوتي؛ وعبد العزيز السرطاوي؛ وجميل الصمادي، ٢٠٠١).

وكلما حدث فقدان السمع في وقت مبكر من حياة الطفل واجه صعوبة أكبر في نمو وتطور لغته مقارنة بالمحيطين به في مجتمع السامعين، ويعد التصنيف التالي من التصنيفات الشائعة في مجال الإعاقة السمعية:

- فقدان السمع البسيط
- فقدان السمع المتوسط
- فقدان السمع الحاد (دانييل هالاهان؛ وجيمس كوفمان؛ وبييج بولين، ٢٠١٣: ٣٠٠)

والصمم الوراثي يفقد فيه الطفل السمع منذ ولادته أو قبل وصوله ١٥ شهرًا من عمره تقريبًا، أما الصمم المكتسب فيفقد فيه الفرد السمع بعد تعلم الكلام. وكلاهما يحتاجان إلى تجهيزات تربوية مناسبة لدرجة الفقدان السمعي لدى كل طالب، وللفروق الفردية بين الطلبة ذوي الصمم.

مظاهر اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي الصمم:

رغم فقدان ذوي الصمم للتواصل اللفظي مع الآخرين، إلا أنهم يستخدمون لغة الإشارة أو قراءة الشفاه أو كليهما للتواصل مع بعضهم بعضًا ومع السامعين الذين يعرفون لغة الإشارة ويعرفون قراءة الشفاه. وقد تتمثل اضطرابات التواصل لديهم في عدم معرفة بعض الإشارات، أو عدم القدرة على توصيل أفكارهم للآخرين.

اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي ضعف السمع:

يُعرّف "الأشخاص ذوو ضعف السمع" على أنهم أولئك الأشخاص الذين يعانون من فقدان سمعي يصل إلى درجة فقدان سمعي ٣٥- ٦٩ ديسبل، تجعلهم يواجهون صعوبة في فهم الكلام بالاعتماد على حاسة السمع فقط، سواء باستخدام السماعات أو بدونها (يوسف القريوتي؛ وعبد العزيز السرطاوي، وجميل الصمادي، ٢٠٠١).

وتختلف نسب انتشار ذوي الصمم وذوي ضعف السمع باختلاف التعريفات المعتمدة، وثقافة البيئة التي ينتمون إليها، وصدق وثبات وملاءمة أدوات التشخيص والتعرف على ذوي الإعاقة السمعية. لذلك فقد نجد هذه النسبة مختلفة من بلد إلى آخر. وينتمي الأشخاص ذوو ضعف السمع إلى فئة الفقدان السمعي البسيط أو الفقدان السمعي الطفيف، على عكس الأشخاص ذوي الصمم الذين ينتمون إلى فئة الفقدان السمعي الشديد أو الحاد.

مظاهر اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي ضعف السمع:

تتعدد مظاهر اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي ضعف السمع؛ حيث يشير "دانييل هالاهان؛ وجيمس كوفمان؛ وبييج بولين" (٢٠١٣: ٣١١) إلى أن هؤلاء الأشخاص لا يجدون صعوبة في إدراك الصوت داخل البيئات الهادئة، ومع المحادثة المألوفة لدى الشخص منهم والمفردات اللغوية المحدودة، ولكنهم يعانون صعوبة إدراك الأصوات الخافتة في البيئات الصاخبة، وإدراكها على مسافة بعيدة نوعًا ما، حتى وإن كانت البيئة التي تتم فيها المحادثة هادئة، ولذا يجد الطلبة ذوي ضعف السمع صعوبة في متابعة المناقشات التي تتم داخل الفصل الدراسي.

ويمكن التغلب على بعض مشكلات ضعف السمع باستخدام سماعات أذن من أنواع متعددة، وهي مفيدة للطلبة ذوي ضعف السمع، لمساعدتهم على سماع الأصوات من حولهم بوضوح، والتفاعل مع المحيطين بهم، لكنها غير مجدية مع ذوي الصمم.

مظاهر اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي الإعاقة السمعية:

تعد الإعاقة السمعية من أكثر الإعاقات التي يمكن أن تؤثر على عمليات التواصل لدى الإنسان، ويشير "حسن عبد المعطي"؛ و"إيهاب الببلاوي" (٢٠٠٧) إلى إن العلاقة بين حاسة السمع واكتساب اللغة وسلامة النطق تتأثر بعاملين هما:

العامل الأول: حدة الفقد السمعي: من المعلوم أن هناك علاقة بين شدة الفقدان السمعي واضطرابات النطق، فكلما زادت درجة الفقدان زادت معها شدة اضطرابات النطق.

العامل الثاني: العمر الذي وقع عنده الفقد السمعي: والعمر الذي اكتشف فيه فإذا كان الفقد السمعي حاد منذ الميلاد يكون اكتساب اللغة أمراً صعباً بما فيها الجوانب الفونولوجية والتركيبية والخاصة بالمعاني، وفي هذه الحالة لا بد من وجود تعليم متخصص لتطوير الكلام واللغة، وتعتمد طريقة تعليمه الطلبة ذوي الإعاقة السمعية -في هذه الحالة- على الإشارات البصرية واللمسية والحس حركية، بالإضافة إلى استغلال البقايا السمعية لديهم.

وعادة ما يحتفظ الأطفال والراشدين الذين يعانون من فقدان سمعي شديد جداً بعد اكتسابهم اللغة بنماذجهم في النطق لبعض الوقت، إلا أن هذه المهارات لا تلبث أن تتدهور تدريجيًا (حسن عبد المعطي؛ وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٧)

كما أن الافتقار إلى اللغة اللفظية وتأخر النمو اللغوي يعد من أخطر النتائج المترتبة على الإصابة بالإعاقة السمعية، ويرتبط فهم اللغة وإخراجها ووضوح الكلام بدرجة الفقدان السمعي، فالمصابون بالصمم الشديد والحاد -ولا سيما قبل سن الخامسة- ليست لديهم القدرة على الكلام العادي، أو يصدرون أصواتاً غير مفهومه، حيث يفتقر هؤلاء إلى سماع النماذج الكلامية واللغوية الصحيحة من الكبار، ومن ثم لا يتمكنون من تقليدها، كما أنهم لا يتلقون أي تغذية راجعة كرد فعل بشأن ما يصدرون من أصوات، ويزداد ما يعانيه الطالب ذو الإعاقة السمعية من مشكلات بزيادة درجة الفقد السمعي (القريطي، ٢٠٠٥).

اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي كف البصر:

يُعرّف الكفيف على أنه شخص تصل حدته البصرية إلى ٢٠/٢٠٠ قدمًا أو أقل في أفضل العينين بعد إجراء التصحيح اللازم (مثل: النظارات الطبية) أو يكون مجال الرؤية لديه ضيقًا جدًا، بحيث لا يزيد أوسع قطر لزاوية رؤيته عن ٢٠ درجة، وتدل النسبة ٢٠/٢٠٠ قدمًا أن ما يراه الشخص المبصر على مسافة ٢٠٠ قدمًا، يراه الشخص الكفيف على مسافة ٢٠ قدمًا، وبناءً على هذا فإن حدة الإبصار الطبيعية هي ٢٠/ ٢٠ (دانييل هالاهان؛ وجيمس كوفمان؛ وبييج بولين، ٢٠١٣: ٣٤٤).

وهي نفسها ٦/ ٦ عند تقديرها بالأمتار وليس بالأقدام.

ويشير "جمال الخطيب" (٢٠١٣) إلى أن الشخص يُعتبر كفيفًا من الناحية التربوية إذا لم يكن باستطاعته التعلم من خلال حاسة البصر، واعتمد على طريقة برايل.

وقد يتعلم الأشخاص ذوو كف البصر القراءة بطريقة "برايل"، وهذه الطريقة عبارة عن نظام من النقاط البارزة يساعدهم على القراءة بأصابعهم، ويتكون من خلايا رباعية الزوايا، تتضمن ما بين نقطة بارزة إلى ست نقاط، ويدل ترتيبها بطرق محددة على حروف ورموز متعددة مختلفة (دانييل هالاهان؛ وجيمس كوفمان؛ وبييج بولين، ٢٠١٣: ٣٤٥).

مظاهر اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي كف البصر:

رغم فقد هؤلاء الطلبة لحاسة مهمة جدًا في التواصل مع الآخرين وهي حاسة البصر؛ إلا أنهم يمتلكون قدرات طبيعية أو شبه طبيعية في الكلام والنطق والمحادثات الشخصية والاستماع، وقد تنمو لدى بعضهم قدرات أعلى من المتوسط في اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية، وقد يتفوق بعضهم في كتابة الشعر أو القصص أو الروايات، مما يدل على عدم تأثر الجوانب اللغوية إلى الدرجة التي تعوق فيها نموهم اللغوي، إلا أنهم يفقدون جزءً مهمًا من التواصل يتمثل في رؤية الإيماءات والإشارات وتعبيرات الوجوه، ولغة الجسد. ولا توجد لديهم مظاهر واضحة لاضطرابات النطق أو اضطرابات الكلام أو اضطرابات الصوت أو اضطرابات الطلاقة والاضطرابات العصبية الحركية المتعلقة بالتواصل.

اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي ضعف البصر:

يُشار إلى ذوي ضعف البصر - أحيانًا- بأنهم مبصرون جزئيًا، وتبعًا للتصنيف القانوني فإن ذوي ضعف البصر تتراوح حدتهم البصرية ما بين ٢٠/ ٧٠ قدمًا إلى ٢٠/ ٢٠٠ قدمًا في أفضل العينين بعد إجراء التصحيح اللازم (دانييل هالاهان؛ وجيمس كوفمان؛ وبييج بولين، ٢٠١٣: ٣٤٥).

كما يُعتبر الشخص من ذوي ضعف البصر إذا كان ما فقده من قدرات بصرية لا يمنعه من استخدام بصره كاملاً، بمعنى أنه ظلت لديه قدرات بصرية متبقية

للاستعانة بها في القراءة - مثلاً- باستخدام أدوات التكبير (جمال الخطيب، ٢٠١٣: ١٧٨- ١٧٩).

مظاهر اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي ضعف البصر:

يستخدم الطلبة ذوي كف البصر طريقة "برايل" أحيانًا الأساليب السمعية مثل: الأشرطة الصوتية أو التسجيلات، في حين قد يلجأ ذوو ضعف البصر - عند الحاجة- إلى استخدام الأدوات المكبرة أو الكتب ذات الخط الكبير لقراءة المواد المطبوعة. وبالرغم من قدرة ذوي ضعف البصر على قراءة المواد المطبوعة، إلا أن العديد من المختصين يعتقدون أن بعضهم يمكنه الاستفادة من طريقة برايل (دانييل هالاهان؛ وجيمس كوفمان؛ وبييج بولين، ٢٠١٣: ٣٤٥).

وتكون اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي ضعف البصر أقل ظهورًا منها لدى أقرانهم ذوي كف البصر، ويساعدهم وجود القدرات البصرية المحدودة على المشاركة بثقة في المحادثات الشخصية والتعبير عن أفكارهم، والتواصل مع الآخرين، ولا توجد لديهم أيضًا مظاهر واضحة لاضطرابات النطق أو اضطرابات الكلام أو اضطرابات الصوت أو اضطرابات الطلاقة والاضطرابات العصبية الحركية المتعلقة بالتواصل.

اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي التوحد:

يعد التوحد بمثابة إعاقة اجتماعية حيث يعاني الطفل على أثرها من قصور واضح في مستوى نموه الاجتماعي، وبالتالي يحدث قصور واضح وصارخ في علاقاتهم الاجتماعية، ونقص أو قصور مماثل في مهاراتهم الاجتماعية اللفظية وغير اللفظية ينسحبون على أثره من المواقف والتفاعلات الاجتماعية. كما أن هناك ثلاثة جوانب لاختلال الأداء الوظيفي الاجتماعي للطفل التوحدي إلى جانب اختلال الوعي الاجتماعي لديه يمكن أن تمثل بشكل واضح بروفيلاً خاصاً به في الجانب الاجتماعي بشكل عام وتتمثل هذه الجوانب فيما يلي:

أ – عدم قدرته على فهم أن الآخرين يختلفون عنه في وجهات النظر والخطط والأفكار والمشاعر.

ب – عدم قدرته على التنبؤ بما يمكن أن يفعله في المواقف الاجتماعية المختلفة.

ج – العجز أو القصور الاجتماعي (عادل عبدالله، ٢٠١١: ٦٥)

ويعتبر التوحد ضمن اضطرابات النمو الشاملة التي تتضمن أيضًا متلازمة اسبيرجر، واضطراب الطفولة التفككي، واضطراب الطفولة غير المحدد (Veague & Barnett, 2010).

والتوحد هو اضطراب شديد في التواصل والسلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة ما بين (٣٠ – ٤٢) شهرًا من العمر يؤثر في سلوكهم، حيث نجد معظمهم يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح، كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم وعدم الاهتمام بالآخرين، وتبلد المشاعر، وقد ينصرف اهتمامهم أحياناً إلى الحيوانات أو الأشياء غير الإنسانية ويلتصقون بها (عبد العزيز الشخص، ٢٠٠٦).

وتتسم اضطرابات طيف التوحد بوجود قصور دال (ملحوظ أو جوهري أو واضح) في مهارات التفاعل الاجتماعي، وفي التواصل، مع ظهور أنماط سلوكية نمطية وتكرارية، بالإضافة إلى اهتمامات ضيقة ومحدودة (دانييل هالاهان؛ وجيمس كوفمان؛ وبييج بولين، ٢٠١٣: ٢٥٣).

ولا شك في أن تقييم وتشخيص حالات التوحد يحتاج إلى مراعاة العديد من معايير التشخيص والتشخيص الفارق؛ وذلك نتيجة للتشابه بين خصائص الأطفال التوحديين Autistic Children وخصائص العديد من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من غير التوحديين، كما أن مقابلة احتياجات هؤلاء الأطفال ليست بالأمر الهين، حيث يتطلب التعامل مع الأطفال التوحديين فهمًا جيدًا لأهم خصائصهم، وسبل رعايتهم، والطرق التربوية والتعليمية الملائمة لهم (أحمد جاد المولى، ٢٠٠٩).

ويذكر Wilkinson (2008) أن التعامل مع الأطفال والطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد يمثل تحديًا كبيرًا للمعلمين والعاملين في المدارس التي تقدم لهم الخدمات الخاصة بهم – وذلك في مختلف المراحل التعليمية التي يمرون بها.

وتوضِّح "كريستين مايلز" (١٩٩٤: ١٨٥- ١٨٦) بعض سمات الطفل ذي اضطراب طيف التوحد، وذلك على النحو التالي:

- لا يطور علاقات شخصية مع الآخرين.
- لا يبدو عليه أنه يعرف بوجود هوية شخصية خاصة به.
- التعلق الاستحواذي (المأخوذ) بأشياء معينة.
- يصبح شديد الحزن إذا تغيرت البيئة المحيطة به بأية طريقة كانت.
- يظهر حزنه بنوبات غضب عنيفة أو بِعَض نفسه أو بحركات معينة، كالميل إلى الأمام والوراء.
- اضطراب الإدراك.
- عدم امتلاك مهارات اللغة - المتوقعة من أقرانه العاديين في مثل عمره الزمني- أو امتلاك القليل منها.
- قد يكتسب الطفل التوحدي أوضاع أو طرق غريبة عندما يتحرك.
- لا يلعب بطريقة تخيلية.
- على الرغم من كون بعض هؤلاء الأطفال من ذوي الإعاقة العقلية (معاملات ذكائهم أقل من ٧٠)، فإن لدى آخرين منهم مناطق من القدرة العادية أو فوق العادية، والتي قد تتضمن الذاكرة القوية أو القدرة على حساب الأعداد بسرعة وبشكل صحيح.

ولكن ليست هناك سمات محددة تنطبق على جميع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بصورة جامدة أو ثابتة، حيث يذكر "عبد الحكم الخزامي" (٢٠٠٧: ١٣) أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يختلفون من حيث القدرات اختلافًا كبيرًا على متصل متدرج المستويات، فقد نجد على أحد طرفيه طفلاً يعاني بشدة من قصور في قدرته على التعلم، وفي مفرداته اللغوية، بينما على الطرف الآخر قد نجد طفلاً متألقًا جدًا ذا موهبة رياضية فذة، ولكن بدون مهارات اجتماعية، ومع صعوبة في تكوين صداقات.

مظاهر اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد:

تعد السمة المسيطرة للسلوكيات اللفظية وغير اللفظية الخاصة بالطفل التوحدي هي قلة الرغبة في الارتباط بالآخرين ومن بينهم الوالدين، وإذا كان الطفل الطبيعي

يستمتع بالنظر لوجه الأم أو بسمتها فإن الطفل التوحدي قد يركز عينيه على قرط الأم، ويتوتر عندما تحمله الأم، وقد يسعد عندما تتركه وحيدًا، وأغلب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لا يتعلمون اللغة بالمعدل الطبيعي ولا يستخدمون ما يتعلمونه في التواصل مع الآخرين ويتعلمون الكلمات بمعدل بطيء جداً فالطفل ذو اضطراب طيف التوحد الذي يبلغ من العمر خمس سنوات ينتج حوالي خمس وعشرون كلمة فقط، وهذه الحصيلة أقل من حصيلة الطفل الطبيعي الذي لا يزيد عمره عن سنتين، ويتعلم الطفل ذو اضطراب طيف التوحد الكلمات التي تشير إلى الأشياء والمفاهيم والناس أو العلاقات البشرية (حسن عبد المعطي؛ وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٧).

كما يعاني الأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد من قصور واضح في مهارات التواصل اللفظي، واستخدام اللغة، والذي يعد من العلامات الأولى المميزة لهذا الاضطراب، وأول ما يجذب انتباه الآباء الذين يعتقدون في بادئ الأمر أن المشكلة تتعلق بالنطق والكلام فقط، دون إدراك لجميع أبعاد الاضطراب، وتشير كثير من الدراسات إلى أن القصور في مهارات التواصل لدى هؤلاء الأطفال يمثل أكثر الأعراض وضوحاً وخطورة بين مجموعة الأعراض المميزة لهذا الاضطراب، ويعد القصور اللغوي وعدم القدرة على تطور اللغة إحدى الخصائص المميزة لهؤلاء الأطفال (شيماء الوكيل، ٢٠١٢).

ويؤثر التوحد على النمو الطبيعي للطفل في مجال الحياة الاجتماعية ومهارات التواصل، حيث يواجه طفل التوحد صعوبة في مجال التواصل غير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي، كما لديه خلل في تطور الوظائف المعرفية، وعجز شديد في استعمال اللغة وتطورها (رائد العبادي، ٢٠٠٦: ١٢).

وأحد السمات التي تظهر في لغة الطفل ذي اضطراب طيف التوحد هي قلب الضمائر؛ فهذا الطفل يشير إلى نفسه بالضمير أنت، ويشير إلى الآخرين بالضمير أنا، كما يُلاحظ على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عدم قدرتهم على تعلم استخدام الضمائر بشكل صحيح، حتى عمر السادسة، وفي محاولة من الباحثين

لمعرفة أسباب قلب الضمائر يرى البعض أن هذا نتيجة المصاداه المستمرة، بينما لاحظ البعض الأخر أنه عندما تنخفض المصاداه يزداد استخدام الضمائر بشكل صحيح، ويتحدث الطفل ذو اضطراب طيف التوحد بشكل عام بجمل بسيطة وقصيرة، ويميل لحذف العديد من السمات النحوية مثل حروف الجر، وأدوات الربط، ويكون من الصعب عليه تعلم الأفعال المساعدة المستمرة، كما أنه من الصعب عليه معرفة التصريفات المورفولوجية مثل الجمع، فعندما يتعلم عبارة مثل أنا ذاهب إلى النادي فإنه يكررها دون أن يعرف متى يكون الذهاب للنادي، ومن مظاهر اضطرابات التواصل لدى الطفل ذي اضطراب طيف التوحد أن تكون الجمل ذات ترتيب خاطئ فقط، كأن يقول الطفل "الأرض على الكتاب" بدلاً من "الكتاب على الأرض" (حسن عبد المعطي؛ وإيهاب الببلاوي، ٢٠٠٧).

وبالرغم من تشابه الطلبة ذوي اضطرابات طيف التوحد في جملة من الخصائص، وبخاصة ضعف المهارات اللغوية، إلا أن خصائص هؤلاء الطلبة تتباين من حيث شدة أعراضها، ومن حيث عمر الطالب عند حدوثها، ومن حيث وجود بعض مظاهر الاضطرابات أو الإعاقات الأخرى المصاحبة كالإعاقة العقلية على سبيل المثال (جمال الخطيب، ٢٠١٣).

اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد:

يُعرّف هذا الاضطراب على أنه: "اضطراب نمائي يتسم بوجود أوجه قصور في كف السلوك تتمثل في ثلاثة مظاهر أساسية هي قصور الانتباه بشكل لا يتناسب مع مستوى نمو الفرد، والنشاط الحركي المفرط، والاندفاعية. ويبدأ هذا الاضطراب قبل بلوغ الطفل السابعة من عمره" (عادل عبد الله والسيد فرحات، ٢٠٠٢: ٣٠٨).

كما يمكن تعريف الطفل ذي النشاط الزائد على أنه: هو الطفل الذي يعاني من ارتفاع مستوى النشاط الحركي بصورة غير مقبولة وعدم القدرة على تركيز الانتباه لمدة طويلة، وعدم القدرة على ضبط النفس (الاندفاعية) وعدم القدرة على إقامة علاقات طيبة مع أقرانه ووالديه أو مدرسيه (عبد العزيز الشخص، ١٩٨٥: ٣٣٤).

وقصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد حالة مزمنة تتسم بمستويات غير ملائمة من نقص الانتباه، الاندفاعية، والنشاط الزائد وهذا الاضطراب له تأثير ضار على الأداء النفسي للطفل والمراهق، والطفل ذو نقص الانتباه والنشاط الزائد يظهر قدرة أكاديمية منخفضة وضعيفة في التحصيل الأكاديمي إلى جانب العديد من المشكلات التي تتعلق بالعلاقات مع الرفاق وتدنى مفهوم الذات (Rutter, 2006).

مظاهر اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد:

تتأثر العديد من جوانب النمو لدى الطلبة ذوي اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بمظاهر هذا الاضطراب، ومنها جوانب نمو اللغة والكلام، حيث تؤدي الاندفاعية لديهم إلى التسرع في التحدث، وبالتالي كثرة الأخطاء في العديد من الأحيان، كما يؤدي قصور الانتباه لديهم إلى عدم الإنصات بشكل ملائم لمن يتحدث إليهم، وعدم القدرة على متابعة الحديث لنهايته، وقد ينصرف انتباههم عن المعلم قبل إكمال الجملة التي يوجهها إليهم. لكن لا تظهر لديهم اضطرابات النطق والكلام بصورة واحدة يمكن تعميمها عليهم جميعًا، وتتوقف الفروق الفردية بينهم في النطق والكلام على طبيعة الاضطراب ودرجته أو شدته وعلى أوجه القصور الأخرى التي قد تصاحب هذا الاضطراب.

اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي الإعاقات الصحية:

يُشير اضطراب الصحة إلى تلك الحالة التي تجعل الطفل بحاجة إلى خدمات التربية الخاصة. وهي تشمل أي اضطراب أو مرض يتعرض له الطفل فيعوق نموه الجسمي أو العقلي أو الاجتماعي إلى أقصى قدر ممكن. وغالبا ما يستخدم هذا المصطلح مع الأمراض التي تؤدي إلى ضعف حيوية الفرد ونشاطه أو إلى تدهور صحته واعتلالها بشكل تدريجي كما في حالة أمراض القلب (عبد العزيز الشخص؛ وعبد الغفار الدماطي، ١٩٩٢).

ويُصاب بعض الأطفال بأمراض مزمنة لا يمكن الشفاء منها بالإمكانيات الطبية الحالية، وقد يُكتشف لهذه الأمراض أنواع جديدة من العلاجات في

المستقبل.. ونظرًا لظروف هؤلاء الأطفال والخدمات الخاصة التي يحتاجون إليها تبعًا لنوع المرض الذي يعانون منه؛ فقد تم تصنيفهم على أنهم ضمن فئات ذوي الاحتياجات الخاصة (أحمد جاد المولى، ٢٠٠٩).

ويذكر "عبد الحكم الخزامي" (٢٠٠٧) نماذج من هذه الأمراض على النحو التالي:

مرض الربو المزمن Asthma:

الأطفال المصابون بداء الربو يكون جهازهم التنفسي غالبًا محتقنًا أو ملتهبًا، وعند حدوث نوبات الربو يحتاج الطفل إلى العلاج الطبي الذي يساعده على التنفس الهادئ.

مرض البول السكري Diabetes:

الأطفال المصابون بهذا المرض أجسامهم لا تنتج هرمون الأنسولين بدرجة كافية لضبط مستوى السكر (الجلوكوز) في الدم، وتأتي معظم مشكلات داء البول السكري عند الانخفاض الحاد في مستويات السكر في الدم، وللتعايش مع هذا المرض المزمن ينبغي إتباع أنظمة غذائية مناسبة، مع العلاج بالأنسولين عن طريق الحقن.

مظاهر اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي الإعاقات الصحية:

تتأثر قدرة الطلبة ذوي الإعاقات الصحية على التواصل بحالتهم الصحية، فالأمراض المتعلقة بأجهزة الجسم المستخدمة في التواصل تؤدي إلى قصور في النطق والكلام أو في الطلاقة أو في إصدار الأصوات، ويتوقف ذلك على أعضاء الجسم التي تتعرض للإصابة، ولا توجد سمات واحدة محددة لاضطرابات التواصل لدى هؤلاء الطلبة؛ نظرًا لاختلاف طبيعة الأمراض التي تصيبهم، والفروق في المشكلات الناتجة عن هذه الأمراض. ويحتاج هؤلاء الطلبة إلى تدخلات طبية، إلى جانب خدمات أخصائي اضطرابات التواصل أو أخصائي لتدريبهم على النطق والكلام، وتدريبهم على التواصل -بصورة ملائمة - مع الآخرين وفقًا لما تقتضيه ظروفهم الصحية.

اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي التفوق والموهبة والابتكار:

قبل أن نستعرض مظاهر اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي التفوق والموهبة والابتكار، جدير بالذكر أن نوضح معنى التفوق والموهبة والابتكار، وأهم خصائص الطلبة الذين ينتمون إلى هذه الفئات ذات الاحتياجات الخاصة.

التفوق:

مصطلح "التفوق" عادة ما يُستخدم للإشارة إلى قدرة خاصة أو استعداد أو إنجاز (دانييل هالاهان؛ وجيمس كوفمان؛ وبيبيج بولين، ٢٠١٣: ٤٦٤).

كما أن التفوق هو توفر قدرات عقلية متميزة لدى الشخص (قدرة غير عادية على حل المشكلات)، وللتفوق سمات من أهمها: وجود ذكاء أعلى من المتوسط بشكل ملحوظ؛ ووجود مستوى عال من الإبداع؛ ومستوى عال من الالتزام بتأدية المهمات (المواظبة والمثابرة)، وقد يكون التفوق دراسيًا، أو فنيًا أو حركيًا (جمال الخطيب، ٢٠١٣: ٣٠٤- ٣٠٥).

ويشير "عبد العزيز الشخص"؛ و"عبد الغفار الدماطي" (١٩٩٢) إلى أن المتفوق هو الشخص الذي يملك قدرة عالية على نحو غير عادي، وليست هناك نسبة ذكاء معينة متفق عليها عالميًا كمؤشر له دلالته على المستوى العقلي للمتفوق، ولكن معاملات الذكاء التي تبلغ ١٢٠ درجة أو أكثر قد استخدمت أحيانًا كمعيار لذلك.

الموهبة:

هذا المصطلح يشير إلى التميز المعرفي (العقلي) ليس بالضرورة على مستوى العبقرية، والإبداع، والدافعية مجتمعة، وبمستوى يضع الأطفال في موقع متقدم بالنسبة للغالبية العظمى من أقرانهم في نفس المستوى العمري، ويمكن لهم أن يُسهموا بشيء ذي قيمة معينة لمجتمعاتهم (دانييل هالاهان؛ وجيمس كوفمان؛ وبيبيج بولين، ٢٠١٣: ٤٦٥).

ويُعرّف "عبد العزيز الشخص"؛ و"عبد الغفار الدماطي" (١٩٩٢) الموهبة على أنها استعداد طبيعي أو قدرة تساعد الفرد على الوصول إلى مستوى أداء مرتفع في مجال معين، رغم عدم تميزه بمستوى ذكاء مرتفع بصورة غير علنية.

وقد دأبت المراجع العلمية المتخصصة على التفريق بين الموهبة والتفوق والابتكار، والموهبة: هي مهارات متميزة في مجال محدد وخاصة المجال الفني (جمال الخطيب: ٢٠١٣: ٣٠٤).

الابتكار:

هذا المصطلح يشير إلى القدرة على التعبير عن أفكار تتميز بالجدة (الأصالة) والفائدة، وإدراك أو شرح علاقات جديدة ومهمة، وإثارة أسئلة غير مطروحة مسبقاً، ولكنها أسئلة حاسمة (دانييل هالاهان؛ وجيمس كوفمان؛ وبييج بولين، ٢٠١٣: ٤٦٤).

والابتكار هو استجابة جديدة وغير مألوفة لموقف ما، أو لحل مشكلة ما، ويتمثل الابتكار في الطلاقة، والمرونة، والأصالة، وتدفعنا الدراسات إلى الاعتقاد بأن حوالي ٢- ٣٪ من مجموع السكان في أي مجتمع لديهم القابلية لأن يكونوا موهوبين ومتفوقين (جمال الخطيب، ٢٠١٣: ٣٠٥).

ويشير "زيدان السرطاوي؛ ومحمد الإمام" (٢٠١١: ٢٥٤- ٢٥٦) إلى الابتكار على أنه ذلك الاستعداد لدى الفرد لإنتاج أفكار جديدة مفيدة، ويضيفان أن من أشهر المقاييس المستخدمة في التعرف على المبتكرين "مقياس تورانس للتفكير الابتكاري"، وكذلك تستخدم اختبارات التفكير الابتكاري لنفس الغرض، وهي تتضمن: اختبار الاستعمالات (طرح أكبر عدد من الاستعمالات لشيء محدد)؛ واختبار عناوين القصص (طرح أكبر عدد من العناوين المناسبة لقصة)؛ واختبار النتائج المترتبة (طرح أكبر عدد من النتائج المترتبة على حدث ما.

أما أسس تعليم الطلبة المتفوقين والموهوبين والمبتكرين فتتضمن الإثراء (أي إثراء المناهج الدراسية المقدمة لهم)؛ والتسريع؛ وضغط المادة التعليمية؛ ومراعاة السرعة الذاتية؛ قضاء جزء من اليوم الدراسي خارج الصف العادي؛ برامج الإثراء الصيفية؛ الانضمام لمدارس خاصة؛ التعليم في المنزل (جمال الخطيب، ٢٠١٣: ٣١٥- ٣١٧).

مظاهر اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي التفوق والموهبة والابتكار:

رغم تفوق هؤلاء الطلبة دراسيًا، إلا أن بعضهم قد يجد صعوبات في التواصل الملائم مع الآخرين، وربما يتفوق بعضهم في الأعمال الكتابية، والتكليفات الورقية، في حين يفتقر إلى التواصل الاجتماعي لفظيًا وغير لفظيًا، ولا تنتشر اضطرابات النطق والكلام لدى الطلبة ذوي الموهبة والتفوق بوجه عام، ولم ترد كتابات علمية –في حدود اطلاع المؤلفين– تؤكد على سمات خاصة بقصور في

خصائصهم اللغوية، بل إن تفوقهم في الجوانب العقلية والأدائية يؤدي إلى سهولة استعمالهم للكلمات والمرونة في استخدام الألفاظ، والطلاقة في إصدار الأصوات، إلا أن البعض منهم قد يعاني من قصور تكويني مثل (الخنف، أو اللدغة، أو اضطرابات النطق والكلام المتعلقة بأسباب عضوية).

الإعاقات المزدوجة:

تعد أي إعاقة مزدوجة بمثابة تحديًا كبيرًا في ميدان التربية الخاصة، حيث يتم التعامل مع سمات جديدة تختلف عن سمات الأفراد الذين يعانون من إعاقة واحدة منفردة، لأن جمع الفرد بين إعاقتين يحد قدرته على مواجهة آثار كل منهما على حده، أو بمعزل عن آثار الإعاقة الأخرى. ومن بين الإعاقات المزدوجة، نجد أن فئة ذوي الإعاقة السمعية – البصرية أو الصم –المكفوفين يعانون من صعوبات بالغة في التواصل مع الآخرين.

وينجم عن هذه الإعاقات – أيضًا – صعوبة بالغة في تحقيق الاستقلالية في نشاطات الحياة اليومية، أو الحصول على مستقبل مهني (دانييل هالاهان؛ وجيمس كوفمان؛ وبييج بولين، ٢٠١٣: ٣٩٩).

وعادة ما يتم التركيز على الاستفادة من حاسة السمع عند تعليم ذوي كف البصر، وكذلك يتم التركيز على الاستفادة من حاسة البصر عند تعليم ذوي الصمم، لكن المشكلة أننا لا نستطيع فعل هذا أو ذاك مع ذوي الصمم المصحوب بكف البصر.

ويتطلب التعامل مع الطلبة ذوي الإعاقة السمعية- البصرية تدريسًا مباشرًا (بعيد عن التعلم العرضي والتعلم بالملاحظة وغيرها من أساليب تدريس المبصرين السامعين)؛ ويتطلب كذلك التدرب على روتينيات محددة ومتنبأ بها؛ وأخيرًا يتطلب التركيز على السلوكيات اللازمة للتواصل والحركة (دانييل هالاهان؛ وجيمس كوفمان؛ وبييج بولين، ٢٠١٣: ٤٢٧). لكن ذلك يتطلب الكثير من الجهد والوقت علاوة على التدخل المبكر قدر الإمكان.

مظاهر اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي الإعاقات المزدوجة:

يواجه الطلبة ذوو الصمم المصحوب بكف البصر عدة مشكلات ناتجة عن الإعاقة السمعية- البصرية؛ ومنها العزلة، والتي تظهر في السلبية، وقلة المبادرات الذاتية للاستكشاف والتفاعل الاجتماعي والتواصل؛ وقصور في التقليد والتعبيرات الحسية؛ والقوالب السلوكية النمطية المتكررة؛ ونتيجة لكل ذلك تتأثر قدرات الطفل على التواصل؛ وتتأثر إمكانية وصوله للمعلومات والتوجه والحركة (سهير عمر، ٢٠٠٨).

وبالنسبة للطلبة ذوي الإعاقة السمعية- البصرية المزدوجة، فهم يعانون من قصور شديد في التواصل، وإذا كانت هذه الإعاقة المزدوجة مصاحبة للطفل منذ ميلاده، فهو لا يتكلم، أما إذا أصيب الفرد بهذه الإعاقة السمعية- البصرية المزدوجة في عمر يلي فترة اكتساب اللغة، فيمكنه التواصل بالكلام مع الآخرين، ويمكن أن توجد لديه بعض اضطرابات النطق والكلام، التي ليس لها سمات محددة، ولا يمكن تعميم مظاهر ثابتة لاضطرابات النطق والكلام على جميع الأفراد في هذه الحالة، وتتوفر أبجدية تواصل خاصة بهؤلاء الطلبة، لكنها تحتاج إلى جهد كبير حتى يتعلمونها، وتحتاج لأخصائيين مدربين جيدًا على التواصل مع ذوي الإعاقات السمعية -البصرية المزدوجة.

الإعاقات المتعددة:

الإعاقة المتعددة، كما هو واضح من اسمها، تعني وجود أكثر من إعاقة واحدة لدى الشخص، مما يسبب مشكلات في النمو ومشكلات تربوية فريدة لا يعود ملائماً معها إلحاق الشخص ببرنامج خاص يعنى بإحدى تلك الإعاقات فقط. وغالباً ما تقرن المراجع العلمية الإعاقات المتعددة بالإعاقات الشديدة جداً للتأكيد على الصعوبات الخاصة الجمة التي تفرضها على الشخص. وبالمقارنة مع الإعاقات الأخرى، فإن الإعاقات المتعددة قليلة الحدوث حيث تقدر نسبة انتشارها بحوالي ١- ٢ من كل ١٠٠٠ (جمال الخطيب، ٢٠٠١).

ومن الاهتمامات الأساسية في مجال تربية ذوي الإعاقات المتعددة:

- التدريب على التواصل.
- إدارة السلوك.

- التدخل المبكر.
- الإعداد للانتقال إلى مرحلة الرشد.
- استخدام وسائل تواصل معززة وبديلة (AAC) (دانييل هالاهان؛ وجيمس كوفمان؛ وبييج بولين، ٢٠١٣: ٤٢٧)

وعلى الرغم من أن معظم الأشخاص الذين يعانون من إعاقات متعددة لا يجدون مؤسسات أو مدارس تقبلهم في الدول النامية إلا نادرًا فإن أعدادًا متزايدة منهم في الدول المتقدمة يتلقون التعليم في فصول خاصة في المدارس العادية. وبسبب الصعوبات الكبيرة والمتنوعة التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقات المتعددة، فإن المعلم قد توكل إليه مهمة تعليم طالب أو طالبين في آن معا. وغالبًا ما تتمثل عناصر المنهج لهؤلاء الأشخاص بالمهارات الأساسية والوظيفية مثل مهارات العناية بالذات، والمهارات التواصلية، والمهارات الاجتماعية/ الانفعالية (جمال الخطيب، ٢٠٠١).

مظاهر اضطرابات التواصل لدى الطلبة ذوي الإعاقات المتعددة:

تزداد مظاهر اضطرابات النطق والكلام بزيادة شدة الإعاقة، كما تزداد أوجه القصور في الخصائص اللغوية بزيادة شدة الإعاقة، والإعاقات المتعددة التي يوجد ضمنها إحدى الإعاقات العقلية تؤثر تأثيرًا بالغًا على النطق والكلام لدى الأفراد، فعلى سبيل المثال إذا قارنا بين شخصين أحدهما من ذوي الإعاقات المتعددة التي تجمع بين الإعاقة الحركية –البصرية – الصحية، والآخر من ذوي الإعاقات المتعددة التي تجمع بين الإعاقة الحركية – البصرية –العقلية، سيتبين وجود قصور في العديد من مظاهر النطق والكلام لدى كليهما، لكن الشخص الآخر ستنطبق عليه أوجه قصور لغوية عديدة تفرضها الإعاقة العقلية، لأن القدرة على النطق والقدرة على الكلام ترتبطان بالقدرات العقلية لدى الفرد، وبالتالي فإن القصور في الجوانب العقلية يؤدي بالتأكيد إلى قصور في الجوانب اللغوية وفي التواصل وفي النطق والكلام وغيرها من الجوانب.

ولا شك في حاجة هؤلاء الأفراد ذوي الإعاقات المتعددة إلى أخصائيين ذوي كفاءة، يعملون في ضوء فريق متعدد التخصصات؛ لتوفير التدريبات المناسبة لتنمية ما يمكن من قدرات على التواصل لدى الطلبة ذوي الإعاقات المتعددة.

خلاصة

تنتشر اضطرابات النطق والكلام والتواصل لدى العديد من الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، كالإعاقة العقلية واضطراب طيف التوحد، لكن درجة انتشارها تتباين بصورة ملحوظة لدى هؤلاء الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، وتختلف مظاهر تلك الاضطرابات باختلاف نوع الإعاقة، وشدتها، وكلما تم التعرف على أوجه القصور في الجوانب اللغوية وفي النطق والكلام في مرحلة مبكرة من عمر الطفل، أمكن اتخاذ الإجراءات اللازمة لتقليل الآثار السالبة التي قد تترتب على هذه الاضطرابات، كما يلزم وجود تشخيص دقيق لنوع الاضطراب، وأفضل سبل التدخل معه، مع مراعاة الفروق الفردية بين الطلبة في هذا المجال.
والجدول التالي يُلقي الضوء على انتشار اضطرابات النطق والكلام لدى الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة:

انتشار اضطرابات النطق والكلام لدى الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة		
• الطلبة ذوي التفوق والموهبة والابتكار • الطلبة ذوي اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد • الطلبة ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية	• الطلبة ذوي صعوبات التعلم • الطلبة ذوي الإعاقة البصرية • الطلبة ذوي الإعاقة الحركية • الطلبة ذوي الإعاقات الصحية	• الطلبة ذوي الإعاقة العقلية • الطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد • الطلبة ذوي الإعاقات المزدوجة • الطلبة ذوي الإعاقات المتعددة
اضطرابات نطق وكلام قليلة الحدوث أو تظهر بصورة نادرة	اضطرابات نطق وكلام تنتشر بصورة متوسطة	اضطرابات نطق وكلام تنتشر بصورة كبيرة جدًا

مصادر ومراجع الكتاب

١. القرآن الكريم.

٢. ابن منظور (ب. ت) كشاف العرب، الجزء الثاني. بيروت: دار صاد.

٣. إبراهيم عبدالله الزريقات (٢٠٠٥). اضطرابات الكلام واللغة، التشخيص والعلاج. الرياض: أكاديمية التربية الخاصة.

٤. إبراهيم عبدالله الزريقات (٢٠٠٥). اضطرابات الكلام واللغة.، عمّان: دار الفكر.

٥. أنسي محمد أحمد قاسم (٢٠٠٥). اللغة والتواصل لدى الطفل. جمهورية مصر العربية: مركز الإسكندرية للكتاب.

٦. إبراهيم محمد عطا (٢٠٠٥). المرجع في تدريس اللغة العربية. القاهرة: مركز الكتاب للنشر.

٧. أحلام رجب البنا (١٩٩٥). تربية المتخلفين عقليا بمدارس التربية الفكرية. دراسات تربوية، المجلد العاشر. القاهرة: رابطة التربية الحديثة.

٨. أحمد محمد الزعبي (٢٠٠٣). التربية الخاصة للموهوبين والمعوقين وسبل رعايتهم وإرشادهم. دمشق: توزيع دار الفكر بدمشق

٩. أحمد محمد المعتوق (١٩٩٦). الحصيلة اللغوية. سلسلة عالم المعرفة، العدد (٢١٢). الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

١٠. أحمد محمد جاد المولى (٢٠٠٩). فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات الحياة وإدارة الذات لدى الأطفال المعاقين عقليًا. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.

١١. أحمد محمد جاد المولى (٢٠١٣). فاعلية برنامج تدريبي باستخدام جداول النشاط المصور في تنمية بعض المهارات قبل المهنية وتعديل السلوكيات اللاتكيفية لدى عينة من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس.

١٢. أحمد محمد جاد المولى (٢٠١٦). دمج برنامج TRIZ في التربية الخاصة. عمّان: مركز ديبونو.

١٣. أحمد محمود عكاشة (١٩٩٢). الطب النفسي المعاصر، الطبعة الثامنة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

١٤. أحمد موسى الدوايدة؛ وياسر فارس خليل (٢٠١١). مقدمة في اضطرابات التواصل. الرياض: دار الناشر الدولي للنشر والتوزيع.

١٥. إدوارد جوزيف شوبان (١٩٧٨). في فرانك ت. سيفيرين: علم النفس الإنساني. ترجمة طلعت منصور غبريال، وعادل عز الدين الأشول، وفيولا فارس الببلاوي. القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية.

١٦. أسامة محمد البطاينة وعبد الناصر ذياب الجراح ومأمون محمود غوانمة (٢٠٠٧). علم نفس الطفل غير العادي. عماد: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

١٧. أسعد رزوق (١٩٧٩). موسوعة علم النفس. الطبعة الثانية. بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر.

١٨. أسماء محمد جاد المولى (٢٠١٤). برنامج تدريبي لخفض بعض السلوكيات المضطربة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.

١٩. إسماعيل إبراهيم بدر (٢٠١٠). مهارات السلوك التكيفي لذوي الإعاقة العقلية، الرياض: دار الزهراء للنشر والتوزيع.

٢٠. أليانور وتسيد لينش و بيتي هوالد سيمز. التخلف العقلي دمج الأطفال المتخلفين عقلياً في مرحلة ما قبل المدرسة (برامج وأنشطة)، ترجمة: سمية طه جميل وهالة الجرواني (١٩٩٩). القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

٢١. إيناس عبد الفتاح (٢٠٠٢): التلعثم في الكلام، استراتيجيات التشخيص والعلاج النفسي الكلامي، مكتبة المهندس القاهرة.

٢٢. شهاب عبد العظيم (٢٠٠٣): برنامج تدريبي لأسر ذوى الاحتياجات الخاصة عن نشأة اللغة عند الطفل، المؤتمر الثالث للجمعية الخليجية للإعاقة، قطر، ١٤- ١٦ يناير.

٢٣. إيهاب عبد العزيز الببلاوي (٢٠٠٣). اضطرابات النطق، دليل أخصائي التخاطب والمعلمين والوالدين. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

٢٤. إيهاب عبد العزيز الببلاوي (٢٠٠٦). اضطرابات التواصل. الطبعة الثانية. القاهرة: المؤلف.

٢٥. إيهاب عبد العزيز الببلاوي؛ السيد علي أحمد؛ حسن أحمد مسلم (٢٠١٢). مناهج واستراتيجيات تدريس ذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الثانية. الرياض: جامعة الملك سعود، كلية التربية.

٢٦. باسكويل ج. أكاردو؛ وباربرا واي. وتيمان (٢٠٠٧). معجم مصطلحات إعاقات النمو. ترجمة كريمان بدير ونبيل حافظ. القاهرة: عالم الكتب.

٢٧. بشير الرشيدي وطلعت منصور وإبراهيم الخليفي وفهد الناصر وبدر بورسلي ومحمد النابلسي وحمود القشعان (٢٠٠٠). سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية. المجلد الأول. الكويت: مكتب الإنماء الاجتماعي.

٢٨. جابر عبد الحميد جابر؛ وعلاء الدين محمد كفافي (١٩٨٩). معجم علم النفس والطب النفسي. الجزء الأول. القاهرة: دار النهضة العربية.

٢٩. جابر عبد الحميد جابر؛ وعلاء الدين محمد كفافي (١٩٨٩). معجم علم النفس والطب النفسي. الجزء الثاني. القاهرة: دار النهضة العربية

٣٠. جابر عبد الحميد جابر؛ وعلاء الدين محمد كفافي (١٩٩٠). معجم علم النفس والطب النفسي. الجزء الثالث. القاهرة: دار النهضة العربية.

٣١. جابر عبد الحميد جابر؛ وعلاء الدين محمد كفافي (١٩٩١). معجم علم النفس والطب النفسي. الجزء الرابع. القاهرة: مكتبة النهضة العربية.

٣٢. جابر عبد الحميد جابر؛ وعلاء الدين محمد كفافي (١٩٩٢). معجم علم النفس والطب النفسي. الجزء الخامس. القاهرة: دار النهضة العربية.

٣٣. جابر عبد الحميد جابر؛ وعلاء الدين محمد كفافي (١٩٩٥). معجم علم النفس والطب النفسي. الجزء السابع. القاهرة: دار النهضة العربية.

٣٤. جابر عبد الحميد جابر؛ وعلاء الدين محمد كفافي (١٩٩٦). معجم علم النفس والطب النفسي. الجزء الثامن. القاهرة: دار النهضة العربية.

٣٥. جمال محمد الخطيب (٢٠٠١). الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل.

٣٦. جمال محمد الخطيب (٢٠٠٥). استخدامات التكنولوجيا في التربية الخاصة. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

٣٧. جمال محمد الخطيب (٢٠١٣). أسس التربية الخاصة. المملكة العربية السعودية، الدمام: مكتبة المتنبي.

٣٨. جمال محمد الخطيب؛ ومنى صبحي الحديدي (١٩٩٧). المدخل إلى التربية الخاصة. الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع

٣٩. جمال محمد الخطيب (١٩٩٨). مقدمة في الإعاقة السمعية. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع

٤٠. جمال محمد الخطيب؛ ومنى صبحي الحديدي (١٩٩٨). مقدمة في الإعاقة السمعية. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع

٤١. جمعة سيد يوسف (٢٠٠٠). سيكولوجية اللغة والمرض العقلي. الطبعة الثالثة. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

٤٢. جون بيرنثال؛ ونيكولاس بانكسون. الاضطرابات النطقية والفونولوجية. ترجمة: جهاد محمد حمدان؛ وموسى محمد عمايرة (٢٠٠٩). عمان: دار وائل للنشر.

٤٣. حامد عبد السلام زهران (١٩٩٠). علم نفس النمو. الطفولة والمراهقة. القاهرة: عالم الكتب.

٤٤. حسن شحاتة وزينب النجار (٢٠٠٣). معجم المصطلحات التربوية والنفسية. القاهرة: دار المصرية اللبنانية.

٤٥. حسن مصطفى عبد المعطي؛ وإيهاب عبد العزيز الببلاوي (٢٠٠٧). فسيولوجيا الإعاقة. الرياض: مكتبة الرشد للنشر والتوزيع.

٤٦. خالد السيد زيادة (٢٠٠٦). الفروق الفردية في بعض المتغيرات المعرفية لدى الأطفال ذوى صعوبات تعلم الرياضيات، وذوى صعوبات تعلم الرياضيات والقراءة معاً وأقرانهم من العاديين. المجلة المصرية للدراسات النفسية، ٥١(١٦)، ١- ٣٤.

٤٧. دانيال. ب. هلاهان وجيمس. م. كوفمان (٢٠٠٨). سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم. ترجمة عادل عبد الله محمد. عمان: دار الفكر.

٤٨. دانيال هالاهان؛ وجيمس كوفمان؛ وبييج بولين. الطلبة ذوو الحاجات الخاصة، مقدمة في التربية الخاصة، (ترجمة) فتحي جروان؛ وحاتم الخمرة؛ ولينا صديق؛ وسهى طبال؛ وموسى العمايرة؛ وقيس مقداد؛ وشادن عليوات؛ وصفاء العلي؛ وغالب الحياري؛ وعمر فواز؛ ونايف الزارع؛ ومحمد الجابري (٢٠١٣). عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون.

٤٩. ديان برادلي؛ ومارغريت سيرز؛ وديان سوتلك: الدمج الشامل، تربية غير العاديين في المدارس العادية. ترجمة: زيدان أحمد السرطاوي وعبد العزيز السيد الشخص وعبد العزيز عبد الجبار (٢٠١١). الرياض: دار الناشر الدولي للنشر والتوزيع.

٥٠. راضي الوقفي (٢٠٠٤). أساسيات التربية الخاصة. عمان: جهينة للنشر والتوزيع.

٥١. رأفت عوض خطاب (٢٠١٤). التدخل المبكر في التربية الخاصة. المملكة العربية السعودية، الدمام: مكتبة المتنبي.

٥٢. رأفت عوض خطاب (٢٠١٤). مدخل إلى الإعاقة العقلية، الاضطرابات السلوكية- العلاج باللعب- التواصل. المملكة العربية السعودية، الدمام: مكتبة المتنبي.

٥٣. رائد خليل العبادي (٢٠٠٦). التوحد. عمان: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.

٥٤. زيدان أحمد السرطاوي؛ ومحمد صالح الإمام (٢٠١١). التشخيص والتقويم في التربية الخاصة. الرياض: دار الناشر الدولي للنشر والتوزيع.

٥٥. زينب سعيد شقير (٢٠٠٢). خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة. سلسلة سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين. المجلد الثالث. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

٥٦. سعدية محمد بهادر (١٩٨٧) في علم نفس النمو. الكويت: دار البحوث العلمية

٥٧. سعيد إبراهيم (٢٠٠١). أمراض اللغة. شبكة هجر الثقافية.

٥٨. سعيد حسني العزة (٢٠٠١). الإعاقة السمعية واضطرابات الكلام والنطق واللغة، عمان: الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع

٥٩. سهير محمود أمين (٢٠٠٢). اللجلجة: أسبابها وعلاجها. القاهرة: دار الفكر العربي.

٦٠. سهير عبد الحفيظ عمر (٢٠٠٨). استخدام المدخل الاسكندنافي في تحسين جودة حياة الأشخاص الصم المكفوفين. المؤتمر الدولي السادس، تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة، رصد الواقع واستشراف المستقبل. ١٦ – ١٧ يوليو، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة.

٦١. سهير محمد سلامة شاش (٢٠٠٧). اضطرابات التواصل: التشخيص – الأسباب – العلاج. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

٦٢. سهير محمود أمين (٢٠٠٥) اضطرابات النطق والكلام. التشخيص والعلاج، القاهرة: عالم الكتب

٦٣. شحدة الفارع وموسى عمايرة وجهاد حمدان ومحمد العناني (٢٠٠٠). مقدمة في اللغويات المعاصرة. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

٦٤. الشيماء محمد عبد الله عبد الفتاح الوكيل (٢٠١٢). فاعلية برنامج تدخل مبكر في تنمية مهارات الأمهات للتعامل مع أطفالهن التوحديين وخفض بعض سلوكياتهم المضطربة. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.

٦٥. صفاء غازي أحمد حمودة (١٩٩١). فاعلية أسلوب العلاج الجماعي (السيكودراما) والممارسة السلبية لعلاج بعض حالات اللجلجة. رسالة دكتوراه – قسم الصحة النفسية – كلية التربية، جامعة عين شمس.

٦٦. صفاء غازي أحمد حمودة (٢٠٠٩). (في) المرجع في التربية الخاصة. هشام إبراهيم عبد الله وآخرون. جدة: مكتبة الشقري، الفصل السادس اضطرابات التواصل، ص ص ٢٥٥ – ٣٢٠.

٦٧. عادل عبد الله محمد (٢٠٠٤). الإعاقات العقلية. القاهرة: دار الرشاد.

٦٨. عادل عبد الله محمد (٢٠٠٦). المؤشرات الدالة على صعوبات التعلم لأطفال الروضة، دراسات تطبيقية. القاهرة: دار الرشاد.

٦٩. عادل عبد الله محمد والسيد محمد فرحات (٢٠٠٢). فاعلية التدريب على استخدام جداول النشاط المصورة في الحد من أعراض اضطراب الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقليًا. مجلة كلية التربية، العدد السادس والعشرون، الجزء الأول، ص ص ٣٠٧- ٣٣٣.

٧٠. عادل عبدالله محمد (٢٠١١). مدخل إلى اضطراب التوحد والاضطرابات السلوكية والانفعالية، سلسلة غير العاديين، العدد السادس. القاهرة: دار الرشاد.

٧١. عادل عز الدين الأشول (١٩٨٧). موسوعة التربية الخاصة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية

٧٢. عادل عز الدين الأشول (١٩٩٣). الضغوط النفسية والإرشاد الأسري للأطفال المتخلفين عقليا. مجلة الإرشاد النفسي، العدد الأول، مركز الإرشاد النفسي: جامعة عين شمس.

٧٣. عبد الحكم أحمد الخزامي (٢٠٠٧): التربية والتعليم العلاجي لذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: دار الطلائع للنشر والتوزيع والتصدير.

٧٤. عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠٨). معجم صعوبات التعلم. الرياض: دار الزهراء.

٧٥. عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠١٠). فريق العمل المتعدد التخصصات لذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: دار رواء للنشر والتوزيع.

٧٦. عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠١٣). المضطربون سلوكيًا. الرياض: مكتبة الرشد للنشر والتوزيع.

٧٧. عبد الرحيم صالح عبد الله (٢٠٠١). نمو الطفل وتطبيقاته التربوية والرعاية الوالدية في سنواته الخمس الأولى. عمان: دار المناهج للنشر والتوزيع

٧٨. عبد العزيز إبراهيم سليم (٢٠١١). اللجلجة، تشخيصها، وأساليب علاجها. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

٧٩. عبد العزيز السرطاوي وجميل الصمادي (١٩٩٨). الإعاقات الجسمية والصحية. الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

٨٠. عبد العزيز السرطاوي؛ ووائل موسى أبو جودة (٢٠٠٠) اضطرابات اللغة والكلام. الرياض: أكاديمية التربية الخاصة.

٨١. عبد العزيز السيد الشخص (١٩٩٧). اضطرابات النطق والكلام– خلفيتها، تشخيصها، أنواعها، علاجها. الرياض: الصفحات الذهبية.

٨٢. عبد العزيز السيد الشخص (٢٠٠٢). اضطرابات النطق والكلام. الرياض: شركة الصفحات الذهبية المحدودة.

٨٣. عبد العزيز السيد الشخص (٢٠٠٦). قاموس التربية الخاصة والتأهيل لذوي الاحتياجات الخاصة. الطبعة الثانية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٨٤. عبد العزيز السيد الشخص؛ والسيد يس التهامي (٢٠٠٩). الإعاقة السمعية واضطرابات التواصل. القاهرة: كلية التربية بجامعة عين شمس، مذكرة غير منشورة.

٨٥. عبد العزيز السيد الشخص؛ وعبد الغفار عبد الحكيم الدماطي (١٩٩٦). قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٨٦. عبد العزيز السيد الشخص؛ وعبد الغفار عبد الحكيم الدماطي (١٩٩٢). قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين، الطبعة الأولى.

٨٧. عبد العزيز عبد المجيد (١٩٧٨). اللغة العربية. أصولها وطرق تدريسها. القاهرة: دار المعارف.

٨٨. عبد الفتاح إبراهيم عبد النبي (١٩٩٠). تكنولوجيا الاتصال والثقافة بين النظرية والتطبيق. القاهرة: دار الفكر العربي.

٨٩. عبد الكريم الخلايلة وعفاف اللبابيدي (١٩٩٥). تطور لغة الطفل. الطبعة الثانية. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

٩٠. عبد المطلب أمين القريطي (٢٠٠٥). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. الطبعة الرابعة. القاهرة: دار الفكر العربي.

٩١. عبد المطلب أمين القريطي (٢٠١١). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. الطبعة الخامسة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٩٢. عبد الناصر أنيس عبد الوهاب (١٩٩٣). دراسة تحليلية لأبعاد المجال المعرفي والمجال الوجداني للتلاميذ ذوى صعوبات التعلم بالحلقة الأولى من التعليم الأساسي. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة المنصورة.

٩٣. فاروق فارع الروسان (١٩٩٨). سيكولوجية الأطفال غير العاديين، مقدمة في التربية الخاصة، ط٣. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.

٩٤. فاروق فارع الروسان (٢٠١٠). مقدمة في الإعاقة العقلية. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.

٩٥. فتحي السيد عبد الرحيم (١٩٩٠). سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة. الجزء الثاني. الطبعة الرابعة. الكويت: دار القلم.

٩٦. فتحي يونس ومحمود الناقة وعلى مدكور (١٩٨١). أساسيات تعليم اللغة العربية والتربية الدينية. القاهرة: دار الثقافة للنشر.

٩٧. فيصل محمد خير الزاد (١٩٩٠). اللغة واضطرابات النطق والكلام. الرياض: دار المريخ للنشر.

٩٨. كريستين كمبل (٢٠٠٢). المخ البشري. مدخل إلى دراسة السيكولوجيا والسلوك. ترجمة عاطف احمد. عالم المعرفة، العدد ٢٨٧ الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

٩٩. كريستين مايلز (١٩٩٤): التربية المختصة، دليل لتعليم الأطفال المعاقين عقليًا، ترجمة عفيف الرزاز ومحمود المصري ومؤنس عبد الوهاب وفاديا الملا. بيروت: ورشة الموارد العربية للرعاية الصحية وتنمية المجتمع.

١٠٠. كريمان عثمان بدير وإميلي صادق (٢٠٠٣). تنمية المهارات اللغوية للطفل. الطبعة الثانية. القاهرة: عالم الكتب.

١٠١. كمال سالم سيسالم (٢٠٠٢) موسوعة التربية الخاصة والتأهيل النفسي. العين: دار الكتاب الجامعي

١٠٢. كمال سالم سيسالم (٢٠٠٥). ذوو الإعاقة العقلية، وتأهيلهم اجتماعيًا ومهنيًا وترويحيًا. بيروت: دار العلم للملايين.

١٠٣. كمال محمد دسوقي (١٩٩٠). ذخيرة علوم النفس. المجلدان الأول والثاني. القاهرة: الدار الدولية للطباعة والنشر.

١٠٤. لويس كامل مليكة (١٩٩٨). دليل مقياس استانفورد - بينيه للذكاء. الصورة الرابعة، المراجعة الأولى. الطبعة الثانية - القاهرة: مطبعة فيكتور كيرلس.

١٠٥. ليلى أحمد كرم الدين (١٩٩٠). اللغة عند الطفل: تطورها ومشكلاتها. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

١٠٦. ليلى أحمد كرم الدين (٢٠٠٤). اللغة عند طفل ما قبل المدرسة: نموها السليم وتنميتها. القاهرة: دار الفكر العربي

١٠٧. ليندا هارجروف؛ وجيمس بوتيت (١٩٨٨). التقييم في التربية الخاصة: التقويم التربوي. ترجمة عبد العزيز مصطفى السرطاوي وزيدان أحمد السرطاوي. الرياض مكتبة الصفحات الذهبية.

١٠٨. مايكل كورباليس (٢٠٠٦). في نشأة اللغة (من إشارة اليد إلى نطق الفم) عالم المعرفة، العدد ٣٢٥. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

١٠٩. محمد أحمد ردة الثبيتي (٢٠١١). فاعلية برنامج تدخل مبكر في تنمية بعض المهارات اللغوية لدى عينة من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.

١١٠. محمد رفقي فتحي (١٩٨٧). سيكولوجية اللغة، والتنمية اللغوية لطفل. الكويت: دار القلم.

١١١. محمد سعيد مرسي (٢٠١١). فن تربية الأولاد في الإسلام. القاهرة: دار التوزيع والنشر.

١١٢. محمد سيد خليل (١٩٩١). هل تعوض الخبرة عن تأثير نقص إشارات الوجه؟ بحث تجريبي في فاعلية عملية الاتصال. دراسات نفسية، يناير، رابطة الأخصائيين النفسيين (رانم). القاهرة.

١١٣. محمد عماد الدين إسماعيل (١٩٨٦). الطفل مرآة المجتمع. الكويت: سلسلة عالم المعرفة.

١١٤. محمد محروس الشناوي (١٩٩٦). العملية الإرشادية والعلاجية. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع

١١٥. محمد محروس الشناوي (١٩٩٧). التخلف العقلي، الأسباب– التشخيص– البرامج. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

١١٦. محمود السعيد بدوي (٢٠٠٨). أثر برنامج قائم على بعض أنواع التصور العقلي في صعوبات تعلم الكتابة لدى تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الأزهر.

١١٧. محمود السعيد بدوي؛ وأحمد محمد جاد المولى (٢٠١٣). أثر برنامج قائم على نظرية تريز في صعوبات تعلم الرياضيات لدى طلاب غرف المصادر بمنطقة الجوف. المجلة التربوية الدولية المتخصصة، ١٢(٢)، ص ص ١٢٧٦- ١٢٩٤.

١١٨. المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية: الأوصاف الكلينيكية والدلائل الإرشادية التشخيصية. ترجمة: وحدة الطب النفسي- جامعة عين شمس. بإشراف/ أحمد عكاشة (١٩٩٩).

١١٩. مصطفى نوري القمش وخليل عبد الرحمن المعايطة (٢٠٠٧) سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. مقدمة في التربية الخاصة. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

١٢٠. نادية إبراهيم عبد القادر أبو السعود (٢٠٠٨). الطفل التوحدي في الأسرة. القاهرة: مؤسسة حورس الدولية.

١٢١. نائل محمد أخرس (٢٠٠٩) مدخل إلى التربية الخاصة الطبعة الثانية مكتبة الرشد ، المملكة العربية السعودية

١٢٢. نائل محمد أخرس (٢٠١٤). الاضطرابات السلوكية والانفعالية للعاديين وغير العاديين. الرياض: مكتبة الرشد للنشر والتوزيع.

١٢٣. نبيل عبد الفتاح حافظ (٢٠٠٠). صعوبات التعلم والتعليم العلاجي، الطبعة الثانية. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

١٢٤. نبيلة أمين أبو زيد (٢٠١١). اضطرابات النطق والكلام. المفهوم – التشخيص – العلاج. القاهرة: عالم الكتب.

١٢٥. نهاد سعيد حمودة (٢٠٠٣). أثر التدريب على بعض المهارات اللفظية وغير اللفظية باستخدام الحاسب الآلي لتعديل سلوك ذوي العسر الكتابي دراسة تجريبية في ضوء النموذج الكلي لوظائف المخ. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة طنطا.

١٢٦. نوال عطية (١٩٩٥). علم النفس اللغوي. الطبعة الثالثة. القاهرة: المكتبة الأكاديمية.

١٢٧. هاني شحات أحمد عليان (٢٠١١). اضطرابات النطق لدى الأطفال. القاهرة: مكتبة رواء.

١٢٨. هشام عبد الرحمن مخيمر (١٩٩٠). تأثير اتجاه المعالج في تحسن حالات هيستيرية أثناء المقابلة الكلينيكية. رسالة دكتوراه. كلية الآداب ببنها. جامعة الزقازيق.

١٢٩. هنادي حسين القحطاني (٢٠١١) فعالية برنامج إثرائي لتنمية المهارات اللغوية لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية. رسالة دكتوراه قسم التربية الخاصة. كلية التربية جامعة عين شمس.

١٣٠. و. كاتس؛ أ. كامهي: صعوبات القراءة: منظور لغوي تطوري، ترجمة: حمدان على نصر؛ وشفيق فلاح علاونة (١٩٩٨). دمشق: المركز العربي للتعريب والترجمة والنشر.

١٣١. وفاء محمد البيه (١٩٩٤). أطلس أصوات اللغة العربية، موسوعة طب الصوتيات العالمية. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

١٣٢. ولاء ربيع مصطفى، وهويدة الريدي (٢٠١١). الإعاقة الفكرية. الرياض: دار الزهراء للنشر والتوزيع.

١٣٣. يزيد عبد العزيز الناصر (٢٠١٠). تدريس القراءة لذوي الإعاقة الفكرية. النسخة الإلكترونية. موقع أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة.

١٣٤. يوسف القريوتي وعبد العزيز السرطاوي وجميل الصمادي (٢٠٠١). المدخل إلى التربية الخاصة. الطبعة الثانية. دبي: دار القلم.

١٣٥. يوسف القريوتي؛ وعبد العزيز السرطاوي؛ وجميل الصمادي (٢٠١٣). المدخل إلى التربية الخاصة. دبي: دار القلم.

136. Barron, S. (1992). Developmental dyscalculia: A neuropsychological perspective: Dissertation Abstracts International, 53 (6), 3175.

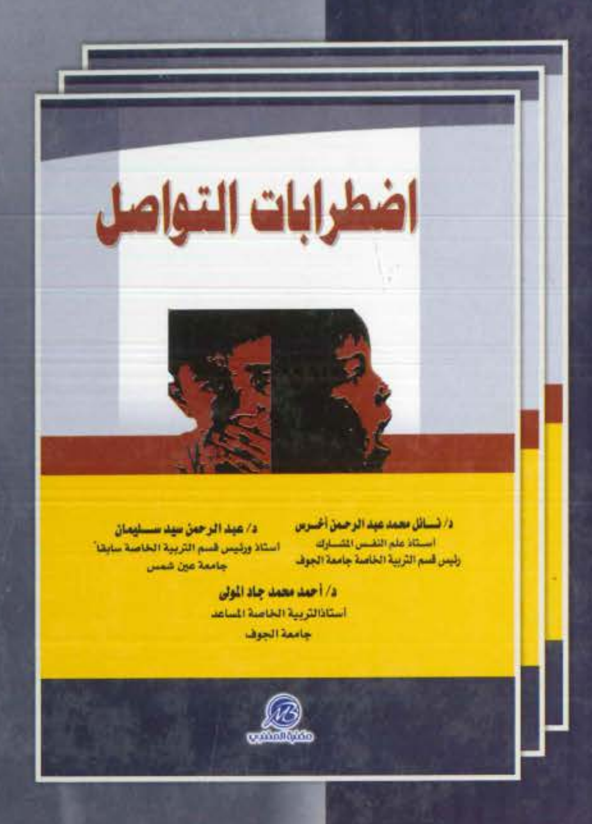
137. Berninger VW, May MO (2011). "Evidence-based diagnosis and treatment for specific learning disabilities involving impairments in written and/or oral language ."J Learn Disabil , 167 – 83 (2) 44.

138. Berninger ،V.W ؛.B.J. Wolf (2009) .Teaching students with dyslexia and dysgraphia: Lessons from teaching and science .Baltimore, Maryland: Paul H. Brooks Publishing Co.
139. Birsh ،Judith R. (2005). Multisensory Teaching of Basic Language Skills .Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes Publishing .
140. Bohannon, J. & Warren, L. (1989). Theoretical approaches to language acquisition, in J. Gleason (Ed.) , The Development of language PP. 167 – 224. Columbus, OH: charles E. Merrill.
141. Britannica Concise Encyclopedia. Britannica Concise Encyclopedia. © 1994-2010 Encyclopædia Britannica, Inc.
142. Cao F, Bitan T, Chou TL, Burman DD, Booth JR (October 2006)" .Deficient orthographic and phonological representations in children with dyslexia revealed by brain activation patterns" .Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines. 1041. (10) 47.
143. Carroll T, Nix J, Hunter E, Emerich K, Titze I, Abaza M (2006). "Objective measurement of vocal fatigue in classical singers: a vocal dosimetry pilot study ." Otolaryngol Head Neck Surg 135 (4): 595–602. doi:10.1016/j.otohns.2006.06.1268. PMID 17011424.
144. Chomsky, N. (1981). Lectures on government and binding Dordrecht, Holland: Doris.
145. Chomsky, N. (1988). Language and problems of knowledge: the meneg lecturs. Cambridge, MA: Mit Press.
146. Clark Rosen, Blake Simpson, Hans Von Leden, Robert H. Ossoff (2008) Operative Techniques in Laryngology, ISBN 978-3-540-25806-3, Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
147. Collins DW, Rourke BP (2003). "Learning-disabled brains: a review of the literature ." Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology. 1011 – 34.
148. Columbia Encyclopedia. The Columbia Electronic Encyclopedia, Sixth Edition Copyright © 2010, Columbia University Press. Licensed from Columbia University Press.
149. Elliott ،JULIAN G ؛.GIBBS, SIMON (2008). "Does Dyslexia Exist ."؟Journal of Philosophy of Education, 475 – 491.4491. The recent Sir Jim Rose report published in June 2009 has acknowledged dyslexia as a condition in its own right".
150. English, H. & English, A. (1961). A Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical terms. New York: Longman. Forrester, (1996).
151. Gelfand JR, Bookheimer SY (June 2003). "Dissociating neural mechanisms of temporal sequencing and processing phonemes ."Neuron. 831 – 42.
152. Gilbert, A. (1992). A status study of dyscalculia for primary grades. Dissertation Abstracts International, 53(1), 1478.
153. Goeke ،Jennifer ؛Kristen D. Ritchey (2006). "Orton-Gillingham and Orton-Gillingham-based reading instruction: a review of the literature ."Journal of Special Education. 171 -181, (3) 40.
154. Guitar, Barry (2005), Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment, San Diego: Lippincott Williams & Wilkins, pp. 14-15.

155. Gündel H, Busch R, Ceballos-Baumann A, Seifert E (2007) .PubMed Psychiatric comorbidity in patients with spasmodic dysphonia - a controlled study .[.J Neurol Neurosurg Psychiatry. PubMed
156. Habib M (December 2000). "The neurological basis of developmental dyslexia: an overview and working hypothesis ."Brain.123 .Pt 12: 2373–99.
157. http://Forum.hajr.org/showthread.php?s.=&threadid=O.
158. http://www.liilas.com/vb3/t58815.html
159. Joseph ،R. (2000) .Neuropsychiatry, Neuropsychology, Clinical Neuroscience .New York, New York: Academic Press .
160. Kailas, C. Panda (1997). Education of Exceptional children. Vikas publishing House Pvtltd.
161. Kalinowski, JS (2006), Stuttering, San Diego: Plural Publishing. pp. 31-37.
162. Kaslow, N.; Broth, M.; Smith, C.; Collins, M. (2012). Family-Based Interventions for Child and Adolescent Disorders. Journal of Marital and Family Therapy, 38 (1), 82-100.
163. Leppänen PH, Richardson U, Pihko E ،et al .(2002)"Brain responses to changes in speech sound durations differ between infants with and without familial risk for dyslexia ."Developmental Neuropsychology, 407-22 .
164. Lyytinen, Heikki, Erskine, Jane, Aro, Mikko, Richardson, Ulla (2007) .Blackwell Handbook of Language Development .Blackwell. 454- 474.
165. Mariën P, Verhoeven J, Wackenier P, Engelborghs S, De Deyn PP. (2009). Foreign accent syndrome as a developmental motor speech disorder. Cortex. 45(7):870-878
166. Mariën P., Verhoeven J. (2007). Cerebellar involvement in motor speech planning: some further evidence from foreign accent syndrome. Folia Phoniatrica et Logopaedica, 59:4, 210-217.
167. Martin, P. & DeWitt, R. (2005). Neurological Disorder. Gale Encyclopedia of Neurological Disorders. By The Gale Group, Inc.
168. Marzola ،Eileen S ؛.Margaret Jo Shepherd (2005). Judith R. Birsh ،Multisensory Teaching of Basic Language Skills .Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes Publishing ., 182-184.
169. McDaniel, S.; Flower, A; Cheney, D. (2011). Put Me in, Coach! A Powerful and Efficient Tier 2 Behavioral Intervention for Alternative Settings. Beyond Behavior, 20(1), 18-24.
170. Morris ،Steven (2010-09-14" .(Woman's migraine gave her French accent" .The Guardian) London.
171. Nicolson RI, Fawcett AJ (January 2011). "Dyslexia, dysgraphia, procedural learning and the cerebellum ."Cortex 117 -27 (1) 47.
172. Otolaryngol Head Neck Surg. 2005 Nov;133(5):654–65 .PMID 16274788
173. Owens, R. (1988). Language development: An introduction. Columbus , OH: Charles E. Merrill
174. Pennington BF, Lefly DL (2001). "Early reading development in children at family risk for dyslexia ."Child Development, 816; (3)72.

175. Put Reading First (2003). The Research Building Blocks for teaching Children to Read, Second edition , Jun.
176. Ramus F, Rosen S, Dakin SC ،et al .(April 2003). "Theories of developmental dyslexia: insights from a multiple case study of dyslexic adults ."Brain (126 Pt 4): 841–65.
177. Roach NW, Hogben JH (March 2007). "Impaired filtering of behaviourally irrelevant visual information in dyslexia" ."Brain 130 Pt 3: 771–85.
178. Rutter, M. (2006). Genes and behavior nature-nature interplay explained. Library of congress cataloging-in-publication Ltd.
179. Seifert, E.; Kollbrunner, J. (2005-07-09). PubMedStress and distress in non-organic voice disorder .[.Swiss Med Weekly. PubMed. Retrieved 2007-05-11
180. Shaywitz ،Sally (2003) .Overcoming dyslexia: a new and complete science-based program for reading problems at any level .Vintage Books .
181. Sperling AJ, Lu ZL, Manis FR, Seidenberg MS (December 2006). "Motion-perception deficits and reading impairment: it's the noise, not the motion ."Psychological Science". 1047 -53. (12) 17.
182. Sperling AJ, Lu ZL, Manis FR, Seidenberg MS (July 2005). "Deficits in perceptual noise exclusion in developmental dyslexia ."Nature Neuroscience 8 (7): 862–3 862–3.(7)8.
183. Starkweather, C. Woodruff (1983). Speech and language. New York: Prentic – Hall Englewood cliffs.
184. Titze IR, Hunter EJ, Svec JG (2007)" .Voicing and silence periods in daily and weekly vocalizations of teachers" .J. Acoust. Soc. Am078-4691)121 doi.0102390676/10.1121. PMID17297801
185. Turkeltaub PE, Eden GF, Jones KM, Zeffiro TA (July 2002). "Meta-analysis of the functional neuroanatomy of single-word reading: method and validation ." NeuroImage" Pt 1: 765–80.
186. Veague, H.; Collins, C. (2010). Autism. USA. InfoBase Publishing.
187. Ward, David (2006), Stuttering and Cluttering: Frameworks for understanding treatment, Hove and New York City: Psychology Press. pp. 5-6.
188. Weather, S. Woodruff. (1983). Speech and language, New Jersey, Prentice – Hall, Inc.
189. Wikipedia (2005). Stuttering. Available at: http://en.wikipedia.org/wiki/Stuttering# CITEREFGuitar2005
190. Wilkinson, L. (2008). Self-Management for Children with High-Functioning Autism Spectrum Disorders. Intervention in School and Clinic, 43(3), 150- 157.







المركز الرئيسي: الدمام شارع المستشفى ت: ٨٤١٣٠٠٠ - فاكس: ٨٤٣٢٧٩٤
فرع غرب الدمام: شارع أبو بكر الصديق التجاري ت: ٨٠٢٩٠٠٩
فرع الرياض: شارع السويدي العام ت: ٠١١٤٢٤٧١٠٠
فرع جدة: شارع الجامعة - جوال: ٠٥٥١١٩٤٧٨٤
E-mail: mb.book.sa@gmail.com

